

CONTRIBUTI E APPROFONDIMENTI

1. Le indagini sulle comunità terapeutiche e i servizi a bassa soglia

A cura di Esperti

Le indagini sulle comunità terapeutiche e i servizi a bassa soglia

Si tratta di indagini che permettono di conoscere molti aspetti legati alla vita della popolazione di utilizzatori definita a livello europeo High Risk Drug Users, come uno dei cinque indicatori standard. Inoltre, dato che, come si vedrà dalle analisi, questa popolazione consuma circa la metà del totale in Italia, molti fenomeni sono legati ad essa, come gli aspetti sanitari, criminali, sociali, la dimensione del mercato e le nuove tendenze. Si tratta di un'indagine che andrebbe condotta, con dettaglio, almeno ogni 3 anni per monitorare un aspetto importante e delicato del “fenomeno droga” legato con tutti gli altri e che permette anche analisi di coorte, se ben impostata.

Le strutture

Le comunità terapeutiche sono strutture residenziali e/o semiresidenziali con compiti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al reinserimento del “paziente” nella società e all'affrancamento dalla dipendenza. La fase di inserimento e il percorso riabilitativo vengono stabiliti dall'Ente che gestisce la comunità, con approcci differenziati.

I servizi di bassa soglia consistono in strutture di accoglienza e in interventi volti alla riduzione del rischio e del danno (come i *drop-in*), caratterizzati dal massimo livello di accessibilità per i tossicodipendenti e utilizzatori di sostanze. Sono un osservatorio privilegiato sulla domanda di droga, dato che il bacino d'utenza è costituito da persone il più delle volte orientate all'interruzione dell'uso, ma ancora saldamente inserite nel circuito della vendita e nel particolare contesto sociale che caratterizza il consumatore problematico.

Gli intervistati

I pazienti delle comunità terapeutiche, che sono la totalità degli intervistati nella prima indagine pilota e la maggioranza nelle successive, possono entrare autonomamente nel circuito; si tratta di individui che hanno maturato la scelta di affrancarsi dalla dipendenza o che sono in misure alternative alla carcerazione. Questi pazienti, che entrano nelle strutture in alternativa al carcere, hanno spesso come motivazione maggiore il desiderio di uscire dalla prigione piuttosto che avviare un reale processo di riabilitazione.

I pazienti dei servizi di bassa soglia in genere sono al limite tra l'uso e la consapevolezza di evitare un aggravamento della loro situazione. Si rivolgono a questi servizi quando percepiscono che le loro condizioni fisiche e/o sociali si sono aggravate.

L'utilità strategica di questi servizi sta nel consentire un primo passo verso una possibile uscita dal ciclo vizioso di dipendenza, come riportato in un interessante report dell'EMCDDA⁷⁰ (2010).

Lo strumento di ricerca

Sono state utilizzate tecniche di ricerca proprie dell'approccio quantitativo (il questionario); l'indagine quantitativa si caratterizza con un disegno di ricerca chiuso, strutturato e standardizzato⁷¹. Inoltre un questionario strutturato, rispetto ad altri strumenti di indagine come ad esempio le interviste in profondità (*face to face*), permette analisi diacroniche per meglio comprendere le dinamiche temporali della popolazione. La standardizzazione fa riferimento alla tecnica dello stimolo-risposta nella somministrazione dello strumento in modo che la formulazione del quesito sia uniforme per tutti i rispondenti⁷².

Il questionario utilizzato nella presente indagine è stato in parte validato nel 2009 mediante uno studio pilota⁷³, condotto presso Comunità Terapeutiche e realizzato dalla Commissione "Il mercato illegale delle sostanze stupefacenti e psicotrope e il suo indotto" del Consiglio italiano per le Scienze Sociali (CSS). Successivamente è stato utilizzato nel 2010⁷⁴ per un progetto svolto nell'ambito dei programmi di studio del Dipartimento Politiche Antidroga. Nel 2012, infine, è stato esteso, ampliato ed attuato nei quattro paesi del progetto europeo "New methodological tools for policy and programme evaluation", coordinato dal Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica (CIBB) dell'Università di Roma "Tor Vergata". L'ultima versione del questionario, la più completa, è composta da 38 domande, che riguardano:

- caratteristiche demografico-sociali;
- ricostruzione della carriera di consumatore (età di inizio, motivazioni, sostanze, ecc.);
- contiguità con area "criminale";
- interazione con il mercato;
- finanziamento del consumo;
- misure alternative;

⁷⁰ Harm reduction: evidence, impacts and challenges (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>).

⁷¹ Corbetta P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 1999. Esse trovano impiego quando l'intento è quello di individuare regolarità empiriche tra il possesso di date caratteristiche ed il verificarsi di un evento. Il questionario è un'intervista strutturata basata su domande formalizzate e standardizzate che «normalmente [...] scontano la precedenza di determinate ipotesi» Cipolla C., *Epistemologia della tolleranza*, 5 vol., Franco Angeli, Milano, 1997.

⁷² Bailey K.D., *Metodi della ricerca sociale. Vol. II. L'inchiesta*, Il Mulino, Bologna, 2006.

⁷³ IDM (2010), *Act upon the market to fight the drug industry*, Rome, May 2010.

⁷⁴ I risultati sono ampliamenti riportati in G.M. Rey, C. Rossi, A. Zuliani (a cura di), *Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche*, Marsilio Editori, Venezia, 2011.

- valutazione/soddisfazione dei servizi delle strutture;
- carriera di marginalità.

La “Ricostruzione della carriera del consumatore” è presente solo nell’ultimo questionario e, rispetto alle precedenti indagini, sono state ampliate l’indagine sulla “Contiguità con l’area criminale” e quella sulle “Misure alternative”.

I risultati delle indagini

Le indagini sono state compiute, ad esclusione di quella pilota che ha visto solo il coinvolgimento delle comunità, su due target distinti, una sui residenti in comunità terapeutiche, l’altra su persone che usufruiscono dei servizi di bassa soglia.

Nelle tre indagini sono stati raccolti rispettivamente 101 questionari dalle comunità (indagine pilota), 1164 questionari dalle comunità e 299 dai servizi di bassa soglia (Indagine DPA). Infine 531 questionari dalle comunità e 189 dai servizi di bassa soglia (indagine europea). Le indagini hanno coinvolto le strutture di diverse regioni italiane riportate nella Tabella 1.

Tabella 1: Regioni che hanno partecipato alle diverse indagini.

Titolo indagine	Anno	Intervistati Comunità	Intervistati servizi bassa soglia	Regioni coinvolte nelle indagini
Indagine pilota	2009	101	-	Piemonte, Lazio, Campania
Indagine DPA	2010	1164	299	Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia
Indagine progetto europeo	2012	531	189	Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Puglia, Calabria, Sicilia

Caratteristiche degli intervistati

Le analisi effettuate, eccetto quella pilota, hanno mantenuto una distinzione tra i residenti in comunità terapeutiche e sui servizi a bassa soglia. Le caratteristiche delle due popolazioni prese in esame sono molto simili sia per sesso sia per età. Ovviamente, data la popolazione in oggetto, non è stato effettuato un vero e proprio campionamento ma si è cercato, attraverso un lavoro d’individuazione delle comunità, di considerare il maggior numero di regioni e contesti territoriali.

Gli intervistati delle indagini sono prevalentemente maschi, come in generale gli utilizzatori di sostanze (Figura 1).

Se per genere c'è una quasi sovrapposizione nelle due indagini, per l'età si ha invece una prevalenza di adulti 35-44 anni per gli utenti in bassa soglia. Questo dato è giustificato dal fatto che chi usufruisce maggiormente di questi servizi sono quelle persone che si trovano nella fase più critica del consumo, quando ormai sono erose tutte le altre fonti di sostegno a cui si è fatto riferimento nella fase iniziale della dipendenza (Figura 2). E' comunque interessante sottolineare che la prevalenza per genere è leggermente più equilibrata nella bassa soglia che nella comunità, soprattutto nell'indagine DPA.

Figura 1: Intervistati per genere.

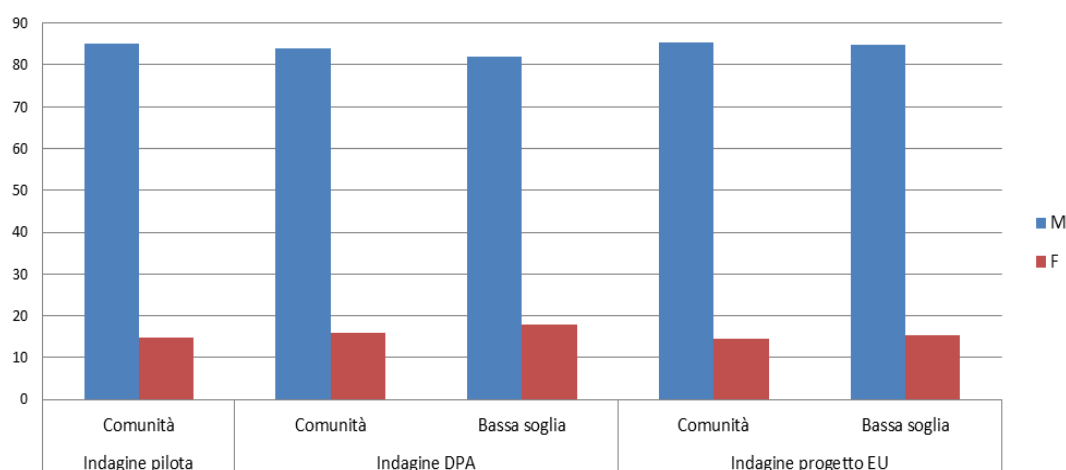
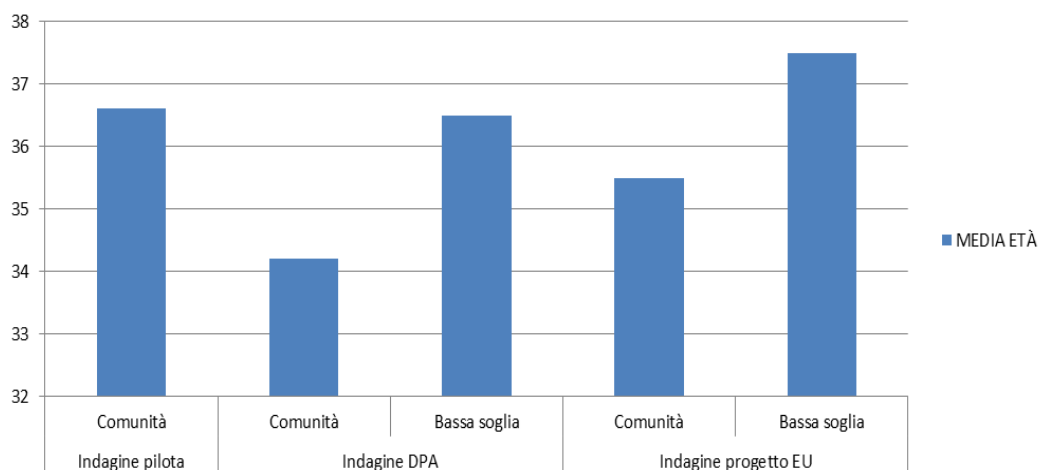


Figura 2: Età media dei soggetti.



La condizione occupazionale rilevata (Figura 3), nella prima indagine è risultata meno stabile (occupati stabili 18%). Nelle successive indagini mediamente un intervistato su 4 dichiara un'occupazione stabile. Nell'ultima indagine il lavoro occasionale aumenta per tutte e due i collettivi, infatti in questa modalità di risposta ricadono i disoccupati di lungo e medio periodo che riescono ad avere introiti solo grazie a lavori occasionali. Si può osservare che, in particolare il

lavoro stabile diminuisce tra il 2010 e il 2012 nella popolazione che si rivolge ai servizi a bassa soglia e aumenta moltissimo il lavoro occasionale. Bisogna osservare che qualitativamente si ripete quello che coinvolge la popolazione generale riguardo all'occupazione.

La moda del livello di istruzione, nelle tre indagini, è la licenza media. Nella prima indagine il 61% degli intervistati ha dichiarato il conseguimento di questo titolo di studio. Nelle altre indagini la percentuale varia fra il 44,7% (indagine DPA bassa soglia) e il 53,4% (indagine progetto EU bassa soglia). Rispetto alla prima indagine, nelle indagini successive risultano più alte le percentuali di chi ha un titolo di studio di scuola media superiore (Figura 4). Dal confronto con la distribuzione del titolo di studio a livello italiano, riportato dall'ISTAT, emerge il legame tra uso di sostanze e abbandono dello studio, come messo in luce in Rey et al (2011) nell'indagine SPS 2011, condotta per il DPA dal CIBB.

Figura 3: Intervistati per posizione lavorativa.

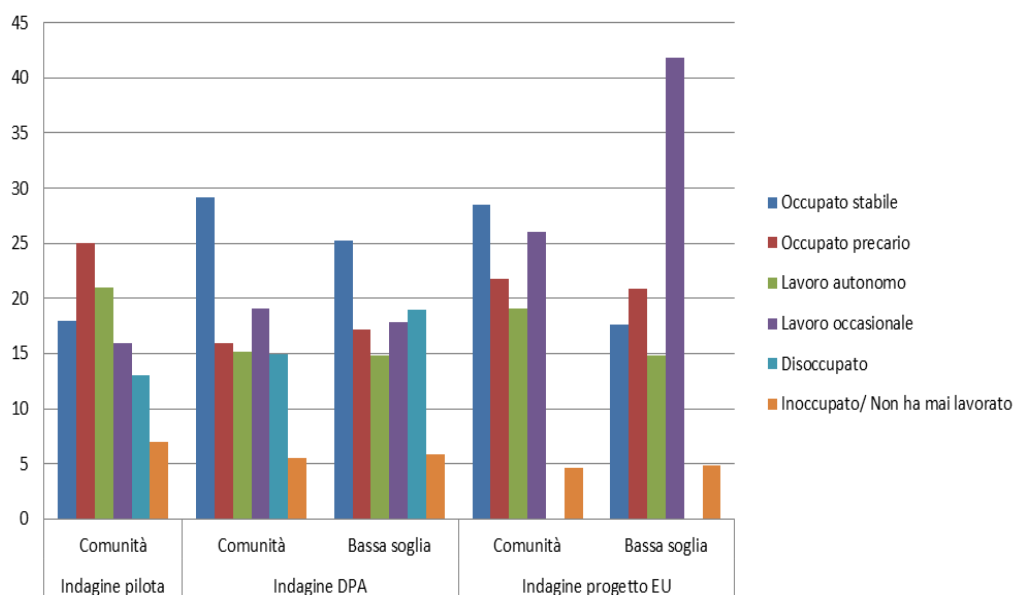
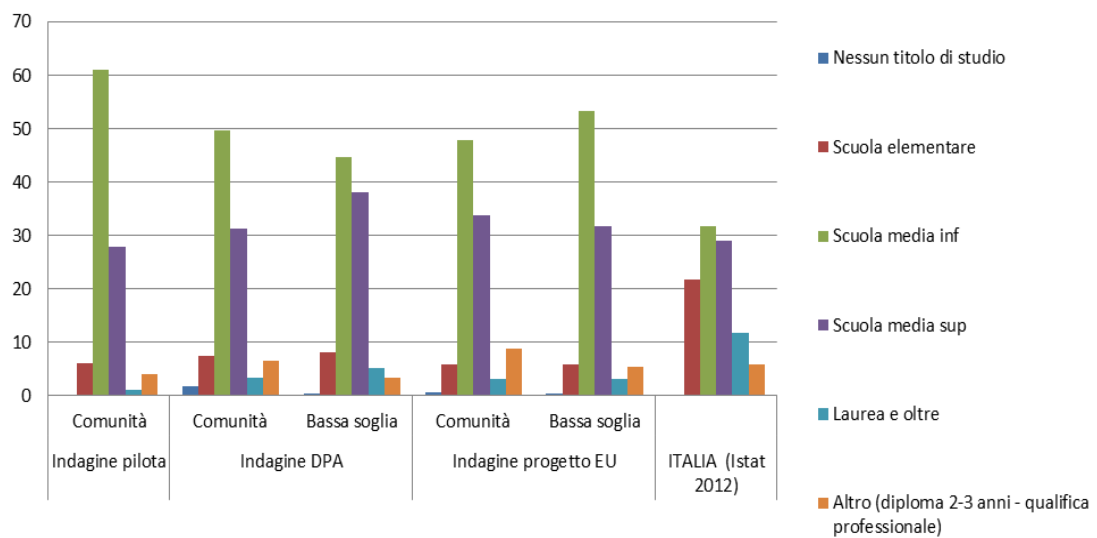


Figura 4: Intervistati per titolo di studio.



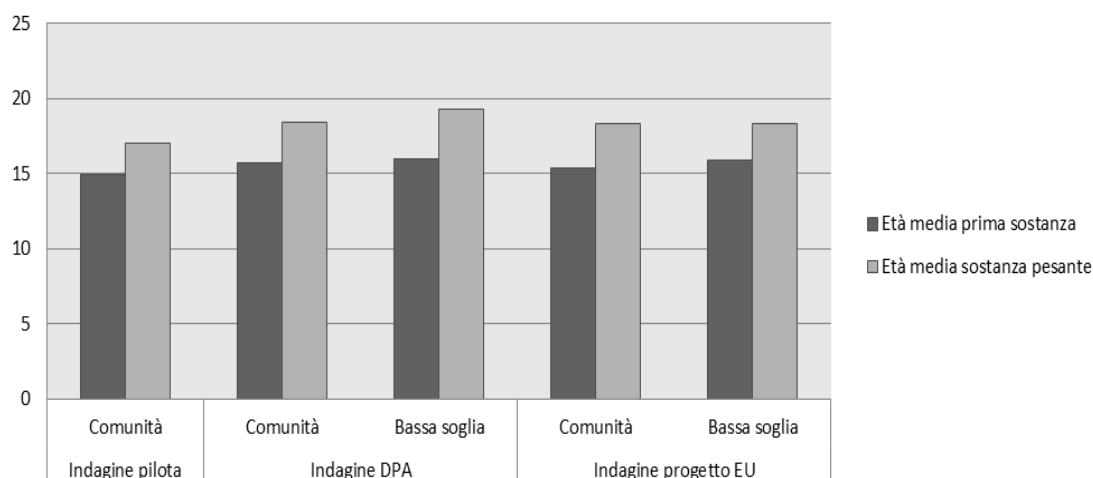
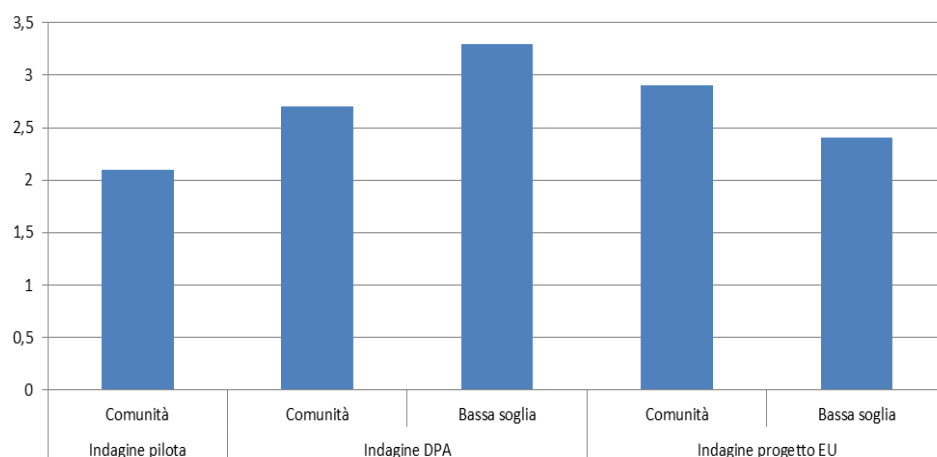
Il primo consumo

L'età di primo uso è per oltre la metà degli intervistati fino ad arrivare al 70% al di sotto dei 17 anni. Questo dato mostra un approccio sempre più precoce al mondo delle sostanze, confermato anche dalle indagini SPS ed ESPAD degli ultimi anni.

Circa quattro intervistati su dieci hanno fatto la loro prima esperienza di consumo al di sotto dei 15 anni e due su tre dai 13 ai 16 anni. In sintesi, la prima esperienza, per coloro che maturano un consumo problematico, avviene in prevalenza prima del compimento dei 18 anni.

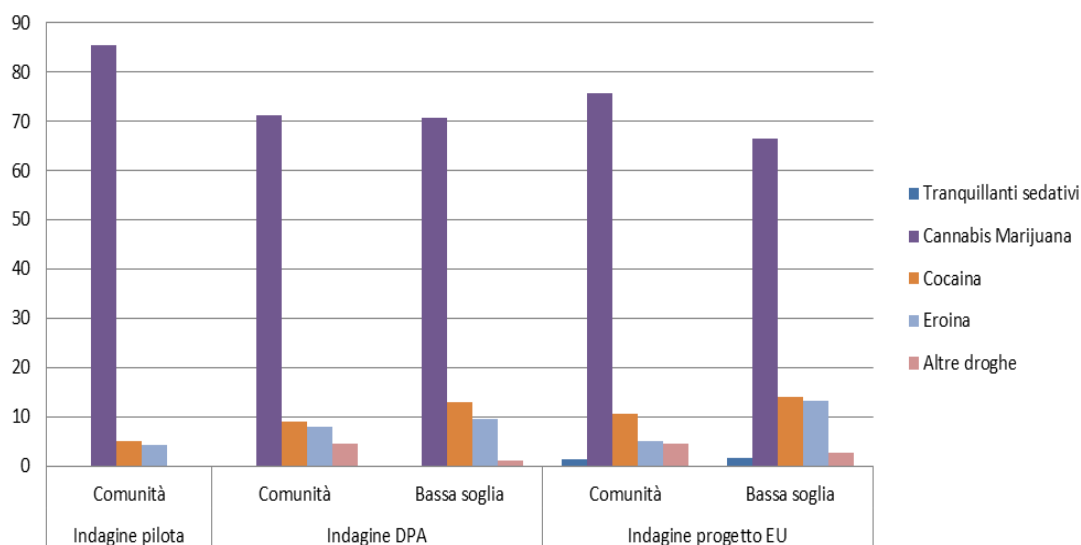
L'età media al primo uso è di poco inferiore a 16 anni per tutte le indagini (Figura 5). Infatti l'età al primo uso varia nelle tre indagini, fra i 14,9 anni e i 16 anni.

L'età media del primo utilizzo di droghe pesanti è di 18,3 quindi in prossimità della maggiore età, fra i 17 e 19,3 anni. Il tempo medio che intercorre fra il primo uso di droghe leggere e droghe pesanti è di 2,7 anni (Figura 6).

Figura 5: Intervistati per età media di primo uso e di passaggio alle sostanze “pesanti”.**Figura 6:** Tempo medio tra primo uso droghe leggere e droghe pesanti.

Quale sostanza hai provato per la prima volta? Perché? Con chi? In quale occasione? Dove?

Le sostanze utilizzate la prima volta sono le stesse per tutti i gruppi di intervistati e il risultato è in linea con tutte le rilevazioni effettuate negli ultimi anni a livello europeo. La sostanza di primo utilizzo per circa il 70% dei casi è la cannabis, per la facilità di reperimento, oltre che per l'estesa accettabilità sociale. Nella prima indagine la percentuale registrata è stata addirittura dell' 85,4%. La seconda sostanza per primo utilizzo è la cocaina, con una percentuale più bassa nella prima indagine (5,2%) e percentuali più alte nelle due indagini successive (fra il 9,1% e il 14%) (Figura 7). Si registrano inoltre, per le due indagini più recenti e che hanno visto una maggiore numerosità di intervistati, percentuali intorno all'1,5% di tranquillanti e sedativi per la prima volta e percentuali intorno al 3% di altre sostanze. Queste "altre sostanze" potrebbero essere identificate con le nuove droghe di origine sintetica immesse sul mercato per brevi periodi e poi sostituite con altre, questo per sfuggire per un certo periodo alla registrazione sulle tabelle delle sostanze illecite.

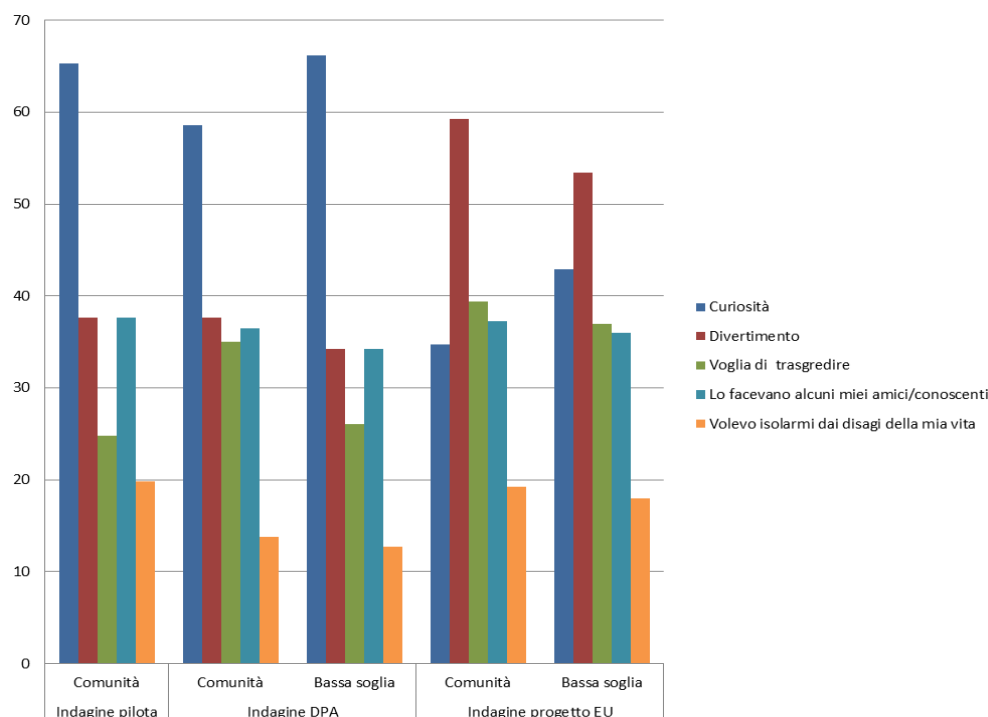
Figura 7: Intervistati per le principali sostanze di primo uso.

La motivazione prevalente che spinge a provare una sostanza per la prima volta nelle prime due indagini è risultata la curiosità con percentuali fra il 58,6% e il 66,2%. Nell'indagine progetto EU invece la motivazione prevalente è risultata il divertimento (59,3% comunità e 53,4% bassa soglia). La curiosità, nel progetto EU, ha avuto percentuali solo del 34,7% nelle comunità e del 42,9% nella bassa soglia (Figura 8). Queste risposte sono coerenti con le sostanze di primo uso maggiormente utilizzate: cannabis e cocaina.

Anche le risposte "Voglia di trasgredire" e "Lo facevano amici/conoscenti", nelle tre indagini, hanno raccolto percentuali considerevoli di risposte. La prima è stata indicata con percentuali fra circa il 25% e circa il 40% e la seconda indicata mediamente da circa il 35% dei rispondenti.

Le risposte "positive", e comunque non colpevolizzanti quali curiosità e divertimento, prevalgono largamente su quelle "negative" come l'autolesionismo o l'ansia da prestazione che indicano uno stato di malessere personale o di inserimento nella società (disagi familiari, fare nuove amicizie). Solo per una piccola parte degli intervistati i motivi non sono né indifferenziati né emulativi, ma riguardano condizioni specifiche collegate all'uso "medicale" di una sostanza: uno stato d'animo particolare quale la necessità di stare meglio con se stessi, il desiderio di favorire il contatto con gli altri.

Motivazioni che sostengono l'ipotesi di un primo approccio alle droghe "spensierato" avvenuto senza soppesare i rischi di un uso problematico o comunque di nessun effetto indesiderato è confermata dal dato che oltre 70% ha risposto di non aver valutato nessun rischio la prima volta che ha utilizzato una sostanza.

Figura 8: Intervistati per le principali motivazioni al primo uso di droghe*.

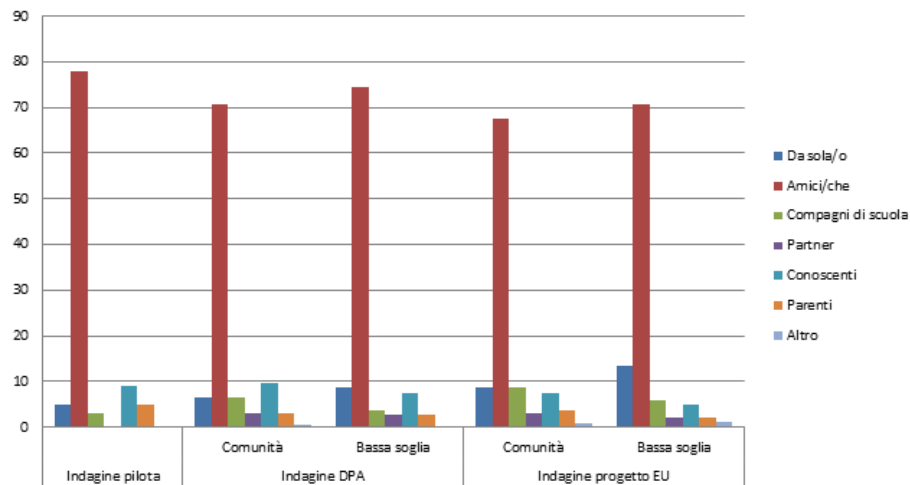
*La somma delle percentuali fa più di 100 perché alla domanda era possibile dare più risposte.

Il primo uso è avvenuto in contesti di socializzazione, dato che 3 su 4 degli intervistati ha riferito che stava con amici. Una piccola percentuale riferisce di aver iniziato l'uso con parenti, specialmente per l'uso di farmaci senza prescrizione medica.

Rimane il gruppo dei pari (amici che raccolgono più del 70% delle risposte) l'ambito di utilizzo iniziale privilegiato.

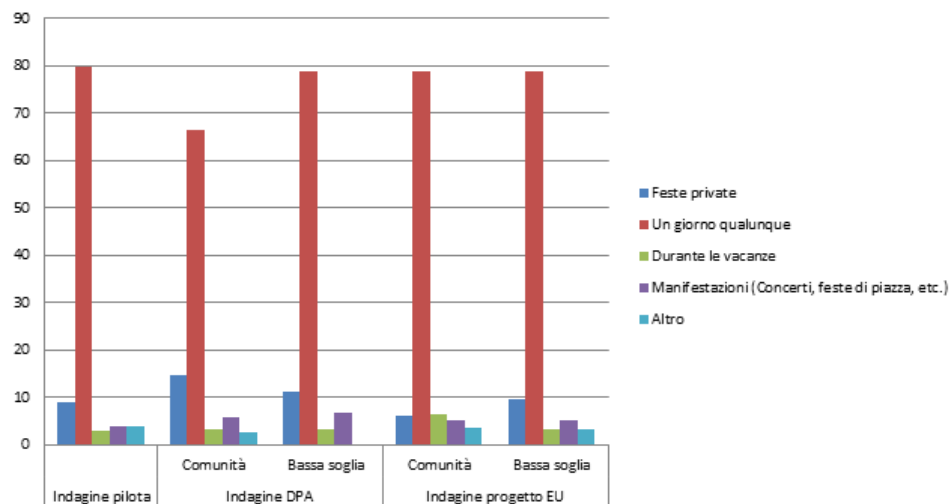
Per quanto sia da approfondire la tendenza che riguarda in media 8,4% degli intervistati che dichiarano di avere utilizzato la prima volta una sostanza da soli. Individui che sono fortemente destinati alla dipendenza proprio per un approccio più "solipsistico" ed individualizzato al consumo. Si potrebbe riportare al centro dell'attenzione un fenomeno ormai evidente quando parliamo delle ultime generazioni, che, prive di spazi pubblici destinati alla socializzazione, ripiegano più di frequente negli spazi privati e personali (la casa, la propria stanza) per vivere la sfera relazionale. Il consumo per la prima volta in casa potrebbe non riguardare solo il singolo adolescente, ma anche in parte il piccolo gruppo di pari (2 o 3 amici) con cui ci si relaziona all'interno del proprio spazio privato vissuto come spazio ludico e socializzante (a partire dall'uso comune di vettori come il web o i videogames).

Figura 9: Intervistati con chi erano quando hanno assunto la droga la prima volta.

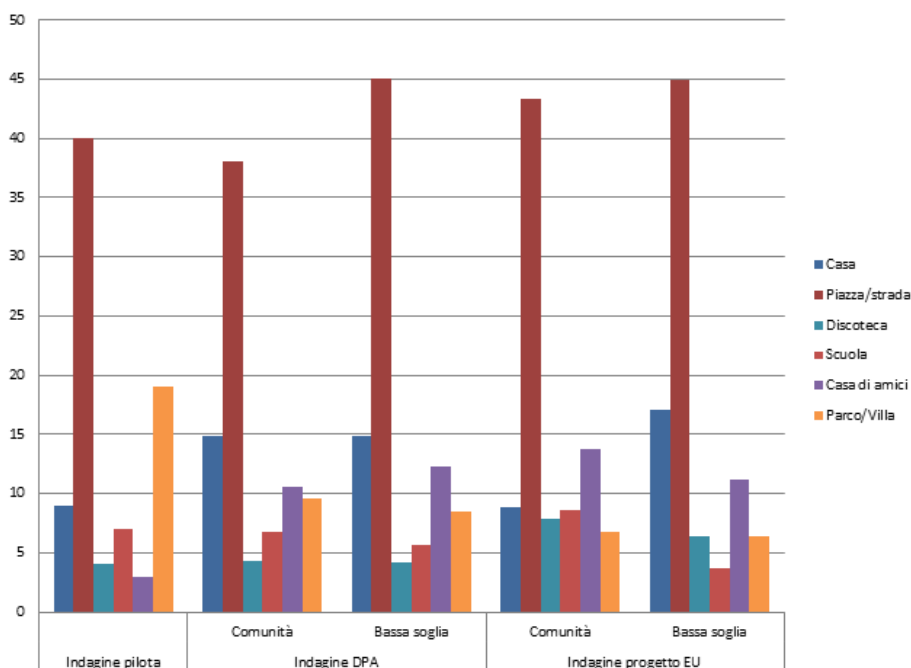


Il primo consumo è avvenuto per lo più all’aperto o in casa propria o di amici, per la maggioranza dei casi in un giorno qualunque (Figura 10) a conferma di un approccio avvenuto per lo più con leggerezza.

Figura 10: Intervistati per occasione in cui è avvenuto il primo consumo di droghe.



Passando al luogo di consumo, collegato alla prima volta in cui è stata utilizzata una sostanza, si notano situazioni diverse tra loro: circa la metà degli intervistati delle indagini dichiara che il primo consumo è avvenuto in contesti outdoor come strada, piazza, parco; circa un intervistato su quattro dichiara di avere consumato la sostanza a casa propria o di amici; il rimanente si distribuisce senza particolari predilezioni sugli altri luoghi (Figura 11); solo una piccola percentuale (in media il 6,4%, comunque non trascurabile) parla della scuola come del primo luogo di consumo.

Figura 11: Intervistati per luogo dove è avvenuto il primo consumo di droghe.

In sintesi il primo consumo è avvenuto per lo più all’aperto o in casa propria o di amici, per la maggioranza dei casi in un giorno qualunque, a conferma di un approccio avvenuto per lo più senza soppesare eventuali reazioni negative.

Influenza della situazione socio-ambientale all’età di primo uso

I dati che emergono dal quadro di riferimento circa le circostanze in cui è assunta per la prima volta una sostanza psicoattiva suggeriscono come le droghe siano sempre più presenti nei contesti della quotidianità, soprattutto delle fasce giovani della popolazione, e rientrino quasi nella “normalità” non essendo più considerate un fatto eccezionale, in particolare la cannabis. Questo determina una crescente probabilità che si entri in contatto con il mondo della droga, direttamente (contatto fisico o sperimentazione-assunzione) o indirettamente (vedere o conoscere qualcuno che la usa, sapere dove e come trovarla) come risulta chiaro anche da altre indagini europee (Commissione europea, 2013⁷⁵). Le probabilità di contatto aumentano, inoltre, anche in presenza di altri fattori di rischio, non ultimi quelli psicologici come il grado di soddisfazione nelle proprie relazioni (amici, famiglia, scuola, lavoro) e la capacità di contenere l’istintività e le pulsioni (ad esempio, il desiderio di provare droghe, la capacità di resistere all’offerta ed alla pressione dei pari) e non ultimo per importanza il contesto sociale e abitativo.

⁷⁵ European Commission (2013). *Further insights into aspects of the EU illicit drugs market*, Franz Trautmann, Beau Kilmer & Paul Turnbull editori, European Commission- Directorate-General for Justice © European Union, 2013.

Potremmo forse ipotizzare che negli ambienti, dove è diffusa una scarsa legalità e una larga diffusione di sostanze psicotrope, rappresentino un fattore di esposizione più rischioso nel concretizzarne l'uso rispetto ad altre variabili sociali.

Questa considerazione riporta alla mente quanto spesso ipotizzato e, per certi versi sostenuto con evidenze scientifiche, cioè il legame sempre più stretto tra disponibilità, "influenza sociale" e consumo⁷⁶. È vero che il fenomeno droga ha assunto dimensioni enormi ed è sicuramente "spalmato" in tutta la società ma è anche vero che la maggioranza dei problematici che hanno partecipato alle rilevazioni provengono da contesti all'apparenza non abbienti né culturalmente stimolanti in quanto si registrano livelli di scolarità molto inferiori alla media nazionale.

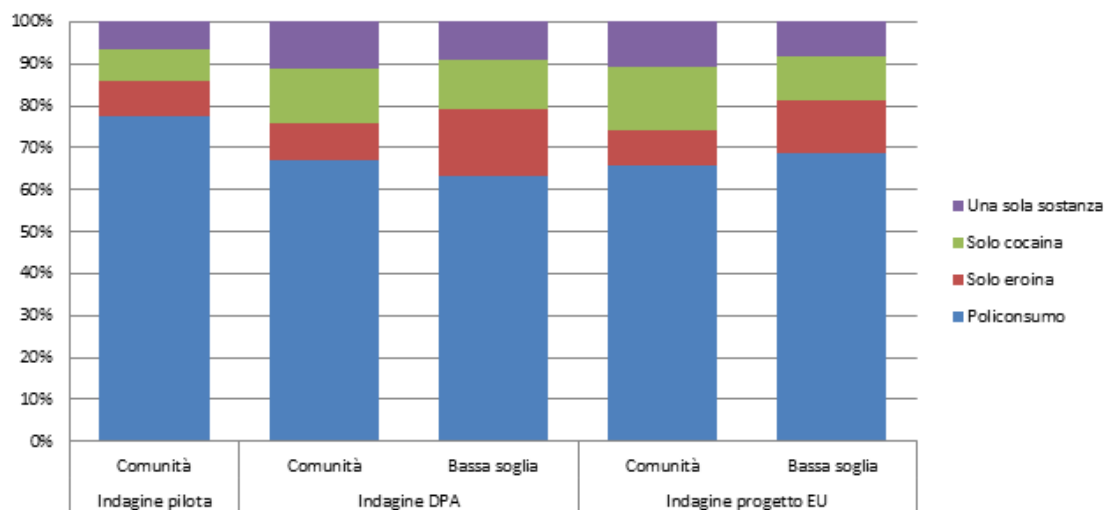
Il consumo

Negli ultimi anni gli studi sulla droga sono però significativamente cambiati insieme al cambiamento del loro oggetto di studio. La differenziazione tra e l'allargamento delle modalità di consumo delle diverse sostanze, così come il consumo di più sostanze contemporaneamente, ha fatto sì che cambiassero significativamente i paradigmi di lettura. All'origine la ricerca dei fattori causali legati al contesto sociale era prevalente, in seguito l'allargamento della popolazione dei consumatori, la trasversalità della provenienza sociale e l'importanza dei fattori di costume hanno portato a spiegare il consumo di sostanze in base all'appartenenza di gruppo piuttosto che all'estrazione sociale. In questa maniera il consumo di sostanze psicoattive diviene parte della costruzione dell'identità sociale, ed il riferimento è al senso conferito al consumo⁷⁷. La trasversalità delle pratiche di consumo e di policonsumo sono identificate come tratto distintivo di una nuova era nell'utilizzo di sostanze e specialmente delle nuove sostanze. Se da un lato questo elemento estende il discorso sul consumo di sostanze psicoattive oltre la connessione meccanica tra marginalità sociale ed esposizione all'uso di sostanze che creano dipendenza, dall'altro espone figure e settori sociali finora al di fuori dei circuiti di consumo e spaccio al contatto con problemi e conseguenze simili a quella che è stata etichettata come tossicodipendenza. Questo passaggio è molto importante perché implica che sempre di più non tutti i consumatori sono esclusi e – ovviamente – non tutti gli esclusi sono consumatori. Ovviamente, oltre a tenere in considerazione l'ambiente affettivo-psicologico, questa considerazione può portare ad invertire i circuiti causali, se cioè si suppone che non sia meccanicamente l'esclusione sociale a generare la tossicodipendenza sicuramente la tossicodipendenza o l'uso "pesante" può generare esclusione sociale.

Le interviste confermano le tendenze sopra menzionate, se due decenni fa si sarebbero trovati nei servizi prevalentemente utilizzatori di eroina ad oggi il panorama sui consumi assume una complessità fatta di policonsumo o consumi modulati dall'esigenza del momento, quale ad esempio sballare come rilassarsi come avere maggiori performance e questo è evidente nella maggioranza di intervistati che hanno dichiarato di assumere più sostanze (Figura 12).

⁷⁶ Botvin, G. J. (2000). *Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors*. *Addictive Behaviors*, 25, 887–897. Macchia, T., Mancinelli, R., Bartolomucci, G., Avico, U. (1990). Cocaine misure in selected areas: Rome, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 26, 2, pp. 189-196.

⁷⁷ Mori L. (2004), Dalla classe al gruppo i contributi della sociologia italiana sulla tossicodipendenza in *Salute e Società Vol. 3*.

Figura 12: Intervistati per tipologia consumo nell'ultimo mese che si sono assunte droghe.

Quanto costa e come si finanzia il consumo

Gli utilizzatori problematici di droghe sono la minoranza dei consumatori, ma il loro peso sul mercato della droga è molto più alto, tutti insieme raggiungono infatti circa la metà del consumo. Sono inoltre utili allo sviluppo del mercato della droga, perché il modo più semplice per loro di guadagnare è quello di vendere droga e così permettono di espandere la rete di vendita e di acquisire nuovi clienti per l'industria della droga.

Gli intervistati per circa la metà dei casi, hanno finanziato, nel caso delle comunità, e finanziano, nel caso della bassa soglia, il loro consumo con attività lecite siano esse il lavoro o soldi provenienti dalla famiglia (Figura 13,

Figura 14 e Figura 15).

Le risorse economiche delle famiglie vengono intaccate non solo per il consumo di droga, ma anche per i costi connessi all'emarginazione sociale. Il consumo problematico comporta una serie di problemi che si estendono anche ai nuclei familiari. Sarebbe quindi opportuno fornire un sostegno alle famiglie per affrontare un problema che diventa anche di origine economica, oltreché sociale e culturale. I ritorni per la collettività riguardano i costi evitati nell'ambito di giustizia, sanità, ordine pubblico e di perdita del capitale umano⁷⁸.

⁷⁸ Si vedano i risultati di una recente ricerca condotta nel Regno Unito: UKDPC (2009), Supporting the Supporters: Families of drug misuses, November, (<http://www.ukdpc.org.uk/reports.shtml>)

Figura 13: Fonti di finanziamento per il consumo (Comunità – Indagine pilota).

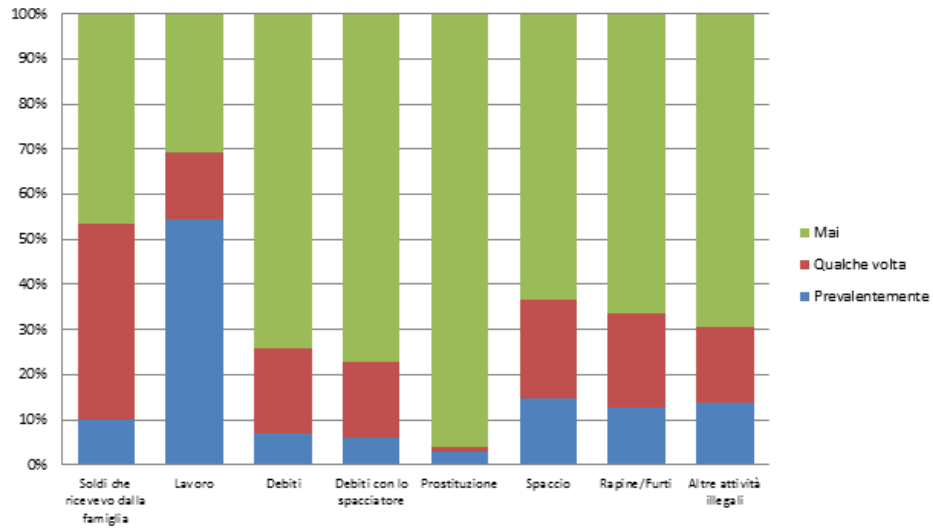
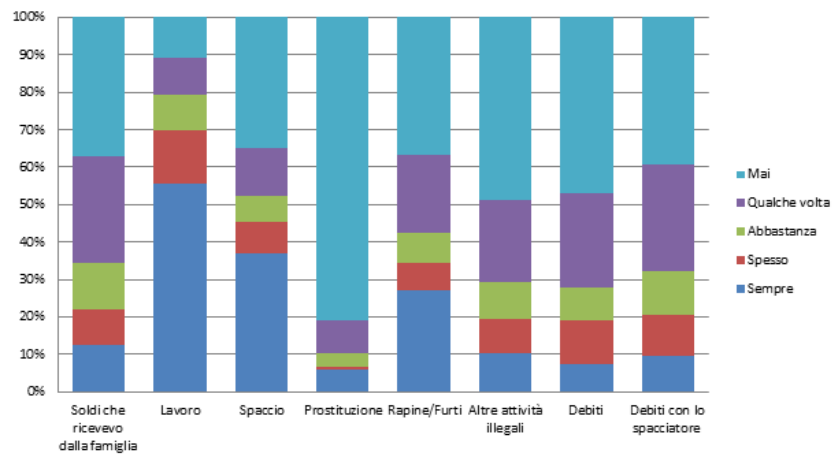


Figura 14: Fonti di finanziamento per il consumo.

a. Bassa soglia – Indagine DPA 2010



b. Comunità – Indagine DPA 2010

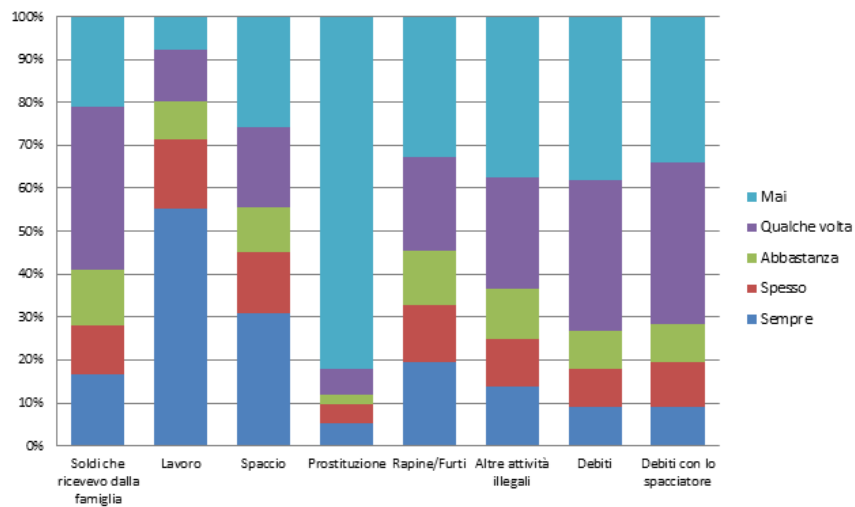
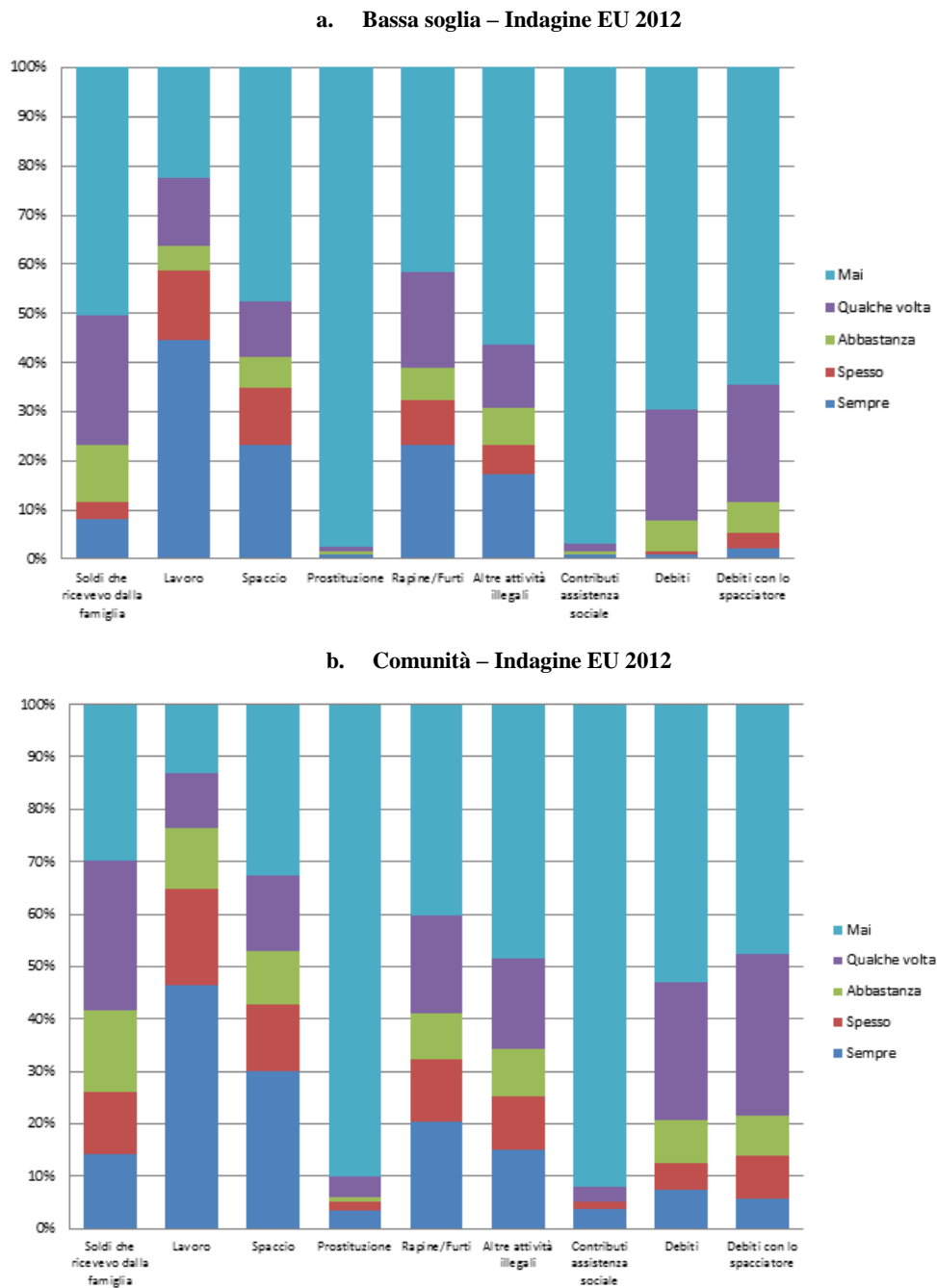


Figura 15: Fonti di finanziamento per il consumo.

Tra le attività illecite di finanziamento, quella dello spaccio o della compravendita di sostanze, è la più diffusa data la facilità di inserirsi in tale dimensione criminale.

La compravendita di stupefacenti si svolge all'interno dei limiti disegnati dalle condizioni di produzione delle sostanze. Queste condizioni creano la disponibilità stessa delle sostanze e ne modificano pesantemente la quantità e la qualità che arriva sul mercato. Anche i circuiti di distribuzione delle sostanze, sono però importanti. Mentre la produzione delle sostanze dipende da molteplici fattori internazionali di natura economica e geopolitica, la loro distribuzione al minuto dipende dalla costruzione di una rete di spacciatori più o meno attivi sul mercato. È pertanto

importante tentare di costruire un profilo di chi ha avuto esperienze di spaccio, per capire come funziona la rete di spaccio che consente alle sostanze di arrivare in larga parte a destinazione.

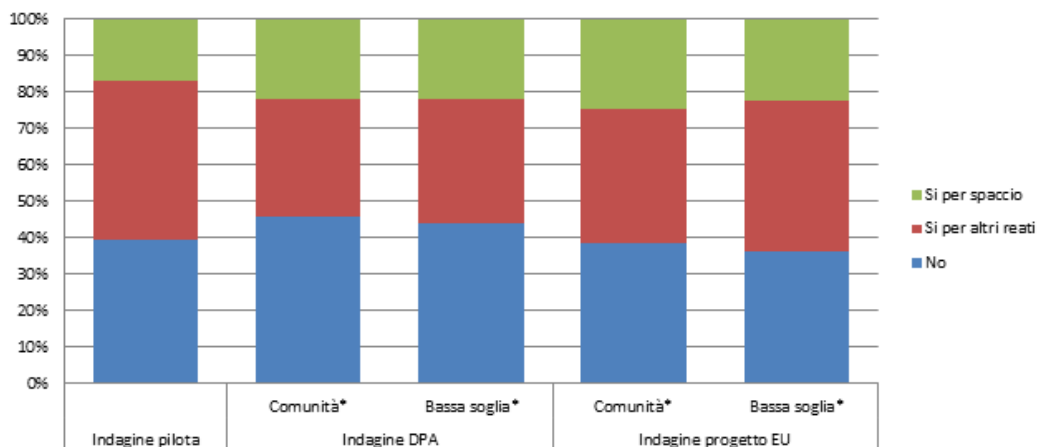
Tra spaccio e repressione

Il circuito dello spaccio non è però ininfluenza sulla carriera di marginalità, in particolar modo - come è ovvio - nei sistemi dove il possesso non è depenalizzato la possibilità di subire provvedimenti penali dalla denuncia alla carcerazione è estremamente innalzata dall'attività di spaccio - seppur piccola - accanto a quella di consumo. La possibilità di essere denunciati dipende evidentemente dal livello di criminalizzazione del consumo del livello penale e da quanto questo venga trasformato in spaccio. La differenza nel livello repressivo però non si deduce solo da questo dato quanto dalla differenza sulla classe di reati per cui si viene denunciati. Una denuncia per i reati di vario tipo (presumibilmente droga-connessi) riguarda circa il 38% per spaccio. È come se l'alto livello di stigmatizzazione del consumo di sostanze da parte del sistema penale coinvolgesse quell'area grigia tra consumo, autofinanziamento e vero e proprio spaccio.

Le cifre di chi oltrepassa la soglia del carcere ricalcano quelle di chi è denunciato. L'unica caratteristica sociale rinvenibile presso chi si dichiara spacciatore è soprattutto l'instabilità lavorativa (il che potrebbe aver contribuito ad avvicinare allo spaccio data l'indisponibilità di un reddito fisso). Solo confrontando il tasso di reclusione con il titolo di studio si trovano indubbiamente i segni di una correlazione positiva, in Italia circa il 50% dei reclusi per spaccio e di quelli per altri reati ha un titolo inferiore al diploma di scuola media superiore.

Certo è che chi usa sostanze ha un'alta probabilità di incorrere in una dimensione criminale infatti, circa la metà degli intervistati ha avuto una esperienza detentiva. Bisogna precisare che la Figura 16 riporta la distribuzione delle risposte (data la possibilità di scelta multipla nel rispondere alla domanda in questione) e non di intervistati, quindi c'è una piccola parte di intervistati in entrambe le indagini, e di poco più alta tra coloro che risiedono in comunità, che ha finanziato il proprio consumo sia con attività legali che illegali.

Figura 16: Intervistati per esperienza detentiva.

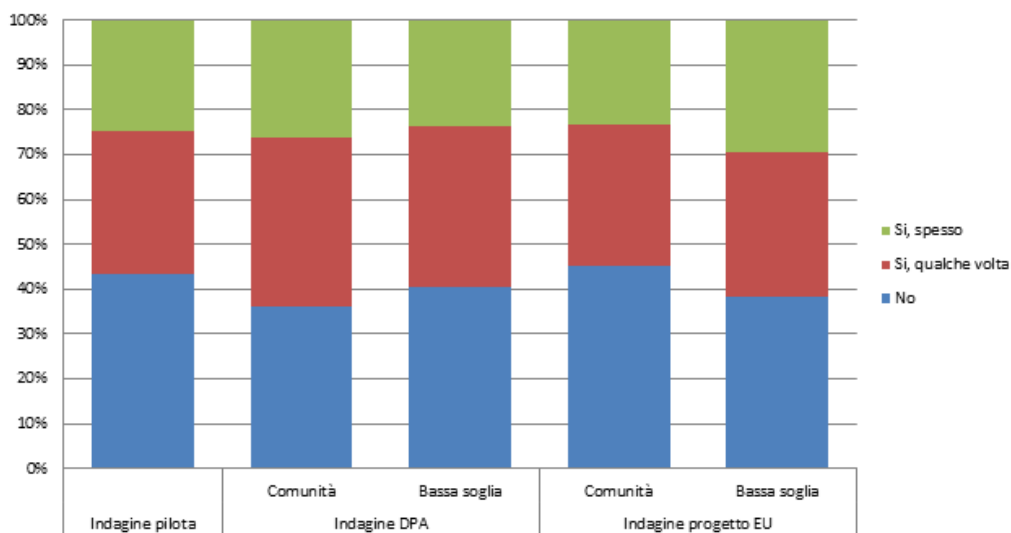


Avendo scarse possibilità di introiti anche le spese legate all'acquisto di stupefacenti finiscono col gravare sulla famiglia.

Il consumatore si finanzia ricorrendo molto spesso, anche se in misura relativamente minore, ad attività illecite e questo fa sì che molto spesso venga assorbito dalla “micro-criminalità”, che ricerca proventi anche nel commercio delle droghe. A più della metà degli intervistati è stato proposto di vendere droga (Figura 17).

Il comportamento del consumatore sei volte su dieci diventa così “antisociale” e dannoso. Un consumatore che agisce contro la legge, prima di essere problematico dal punto di vista della diagnosi sanitaria, diventa problematico per la società e viene per questo emarginato e criminalizzato. Per uscire da questo circolo vizioso l’ambiente sociale è importantissimo. Quest’ultimo, però, si riduce spesso al solo ambiente familiare, dove il consumatore problematico cerca aiuto prima che all’esterno.

Figura 17: Intervistati per proposta di vendere droga.



Il consumo e le caratteristiche importanti, anche legate agli approcci politici e agli interventi locali, rilevate nei quattro paesi per il progetto europeo hanno messo in evidenza molti aspetti simili ed altri divergenti. Naturalmente non si può inserire nella Reazione al Parlamento 2015 la descrizione completa di ogni singolo aspetto e si rimanda alle diverse pubblicazioni che possono essere acquisite online da chi fosse interessato ad approfondire. Nel seguito si riporta un’approfondimento che non compare nelle pubblicazioni.

Elenco delle pubblicazioni dalle indagini descritte:

- Roberto Ricci and Carla Rossi editors. *Lifestyles and history of use of drug users in four EU countries: exploratory analysis of survey data*, Universitalia di Onorati s.r.l..ISBN 978-88-6507-403-9, 2013.
- Carla Rossi. Monitoring the size and protagonists of the drug market: combining supply and demand data sources and estimates, *Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2):122-9.
- Alessia Mammone, Gianpaolo Scalia Tomba, Carla Rossi, Length of stay in different

drug using states: lifestyles of problem and recreational drug consumers, *Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2).

- Francesco Fabi, Alessia Mammone and Carla Rossi, New indicators of illegal drug use to compare drug user populations for policy evaluation, *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 2014, 11-2, 8891-1/8891-7.

Approfondimento per coorti di età e alcuni confronti Europei all'interno del Progetto Europeo "New Methodological Tools for Policy and Programme Evaluation"

Analisi per coorti d'età

Nel corso dell'ultima indagine è stato possibile eseguire un'analisi per coorti d'età che ci ha permesso di analizzare lo stile di vita degli intervistati all'inizio e durante il loro percorso di dipendenza che in questo approfondimento proponiamo come un'ulteriore spunto di riflessione, in un quadro europeo.

La letteratura dei decenni scorsi psicologica^{79,80} e sociologica⁸¹ si è lungamente occupata della droga tentando di individuare i fattori di rischio alla dipendenza, mettendo in luce sia le difficoltà relazionali e familiari all'origine del consumo di sostanze sia il ruolo svolto dall'ambientazione del contesto sociale.

Negli ultimi anni gli studi sulla droga sono però significativamente cambiati insieme al cambiamento del loro oggetto di studio. La differenziazione tra l'allargamento delle modalità di consumo delle diverse sostanze, così come il consumo di più sostanze contemporaneamente, ha fatto sì che cambiassero i paradigmi di lettura. All'origine la ricerca dei fattori causali legati al contesto sociale era prevalente, in seguito l'allargamento della platea dei consumatori, la trasversalità della provenienza sociale e l'importanza dei fattori di costume hanno portato a spiegare il consumo di sostanze in base all'appartenenza di gruppo piuttosto che all'estrazione sociale. In questa maniera il consumo di sostanze psicoattive diviene parte della costruzione dell'identità sociale, ed il riferimento è al senso conferito al consumo⁸². La trasversalità delle pratiche di consumo e di policonsumo sono identificate come tratto distintivo di una nuova era nell'utilizzo di sostanze e specialmente delle nuove sostanze. Se da un lato questo elemento estende il discorso sul consumo di sostanze psicoattive oltre la connessione meccanica tra marginalità sociale ed esposizione all'uso di sostanze che creano dipendenza, dall'altro espone figure e settori sociali finora al di fuori dei circuiti di consumo e spaccio al contatto con problemi e conseguenze simili a quella che è stata etichettata come tossicodipendenza. Questo passaggio è molto importante perché implica che sempre di più non tutti i consumatori siano esclusi e – ovviamente – non tutti gli esclusi sono consumatori. Ovviamente oltre a tenere in considerazione l'ambiente affettivo-psicologico, questa considerazione ci può portare ad invertire i circuiti causali, se cioè supponiamo che non sia

⁷⁹ Glantz MD, Pickens R (eds) (1992): *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington,DC:American Psychological Association.

⁸⁰ L. Cancrini et al. (1973): *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*, Mondadori, Milano.

⁸¹ Ferrarotti F. (1977), *Giovani e droga*, Liguori, Napoli.

⁸² Mori L. (2004), Dalla classe al gruppo i contributi della sociologia italiana sulla tossicodipendenza in *Salute e Società Vol. 3*.

meccanicamente l'esclusione sociale a generare la tossicodipendenza sicuramente la tossicodipendenza può generare esclusione sociale. Per verificare come questo aspetto sia cambiato nel tempo seguirà l'analisi attraverso i dati dei questionari di come le diverse coorti d'età abbiano affrontato fasi diverse dei cicli biografici. Innanzi tutto verificheremo come e quando vi è stato il primo contatto con la droga, e se e quanto siano variati i periodi di latenza, successivamente verificheremo la situazione familiare abitativa e lavorativa ai 25 ed ai 35 anni.

Il primo contatto con la droga per coorti d'età

Oggi il consumo è caratterizzato da una drastica anticipazione dell'età al primo uso e di riduzione del periodo intercorrente fra uso di droghe leggere e pesanti.

Nel nostro campione di intervistati in media il primo contatto con la sostanza scende di circa due anni tra la prima e l'ultima coorte d'età. In Italia la coorte di coloro che hanno più di 38 anni ha avuto in media il primo contatto con le sostanze un anno e mezzo dopo la coorte più giovane; invece nella Repubblica Ceca la differenza fra le stesse coorti di età è di tre anni e mezzo. Ovviamente per rendere possibile il confronto tra le varie coorti l'analisi è stata condizionata solo su coloro che hanno dichiarato di aver consumato per la prima volta entro e non oltre i 28 anni, per avere equivalenza di valori della distribuzione tra le varie coorti e condurre rigorosamente l'analisi.

In Spagna la coorte "più di 38 anni" ha consumato sostanze per la prima volta un anno e mezzo dopo di quelli di 28 anni; in Portogallo la differenza riscontrata fra le stessi coorti è di quasi 2 anni.

Inoltre mentre la varianza nella coorte più vecchia è dovunque abbastanza ampia, nella coorte più giovane si restringe. Lo scarto medio nell'età del primo consumo è tra i più giovani di 2,1 anni per l'Italia, 2,3 per la Repubblica Ceca, 2,2 per la Spagna, 2 per il Portogallo. Queste cifre inducono a pensare che i percorsi di consumo individuali si stiano progressivamente standardizzando.

Dato che la distribuzione dei tempi di primo uso non è simmetrica, si è preferito utilizzare direttamente il test non parametrico di Kruskal-Wallis sulla differenza dell'età media di primo uso tra le varie coorti con risultati tutti statisticamente significativi.

ITALIA

			A quale età ha provato droghe in generale
Fino a 28 anni	N	Validi	167
		Mancanti	0
	Media		14,53
	Deviazione std.		2,116
Fino a 38 anni	N	Validi	233
		Mancanti	0
	Media		15,28
	Deviazione std.		2,653
Da 38 anni in poi	N	Validi	243
		Mancanti	0
	Media		16,05
	Deviazione std.		3,303

SPAGNA

			A quale età ha provato droghe in generale
Fino a 28 anni	N	Validi	64
		Mancanti	0
	Media		14,05
	Deviazione std.		2,200
Fino a 38 anni	N	Validi	208
		Mancanti	0
	Media		15,18
	Deviazione std.		2,867
Da 38 anni in poi	N	Validi	220
		Mancanti	0
	Media		15,55
	Deviazione std.		3,457

PORTOGALLO

			A quale età ha provato droghe in generale
Fino a 28 anni	N	Validi	23
		Mancanti	0
	Media		13,61
	Deviazione std.		1,971
Fino a 38 anni	N	Validi	114
		Mancanti	0
	Media		15,15
	Deviazione std.		3,072
Da 38 anni in poi	N	Validi	228
		Mancanti	0
	Media		15,40
	Deviazione std.		3,031

REPUBBLICA CECA

			A quale età ha provato droghe in generale
Fino a 28 anni	N	Validi	73
		Mancanti	0
	Media		14,55
	Deviazione std.		2,255
Fino a 38 anni	N	Validi	46
		Mancanti	0
	Media		16,07
	Deviazione std.		2,736
Da 38 anni in poi	N	Validi	11
		Mancanti	0
	Media		18,09
	Deviazione std.		4,763

Figura 18.

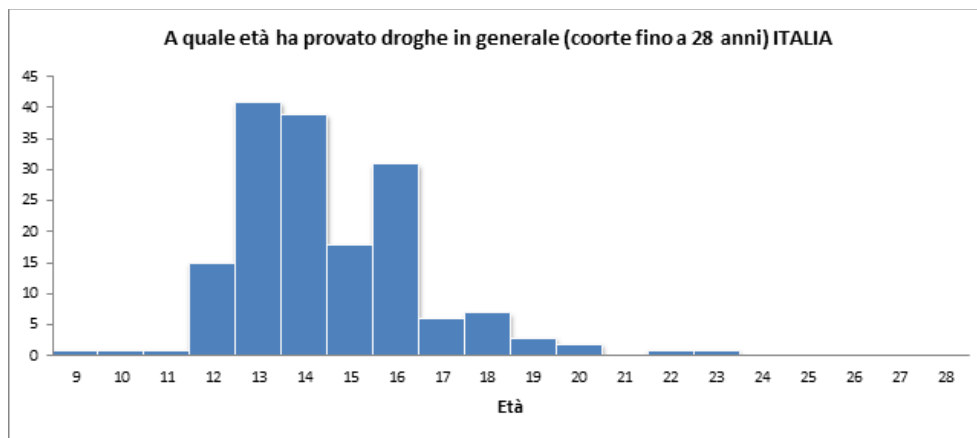


Figura 19.

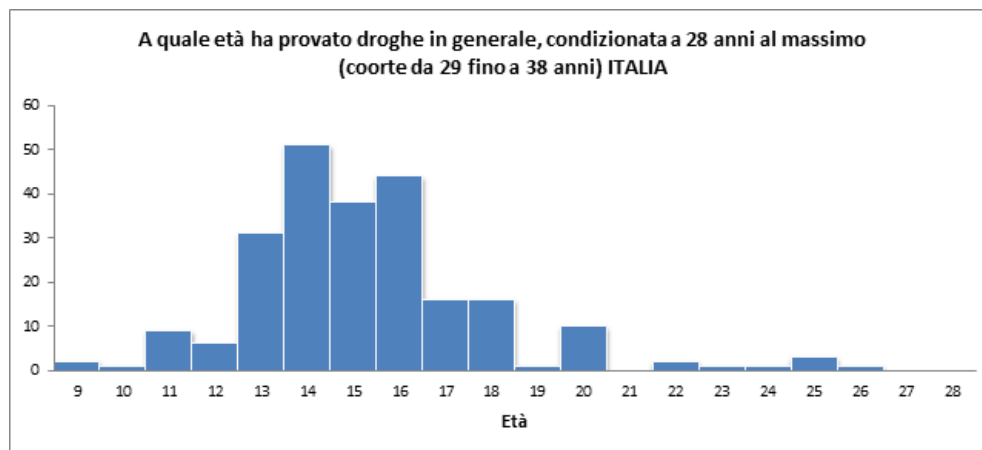


Figura 20.

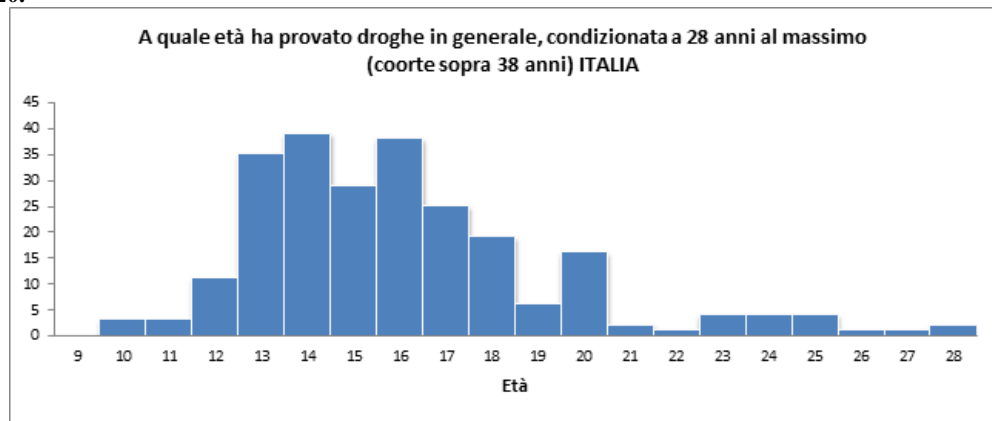


Figura 21: Differenza nell'età media nel primo uso droghe leggero tra le varie coorti d'età in ITALIA.

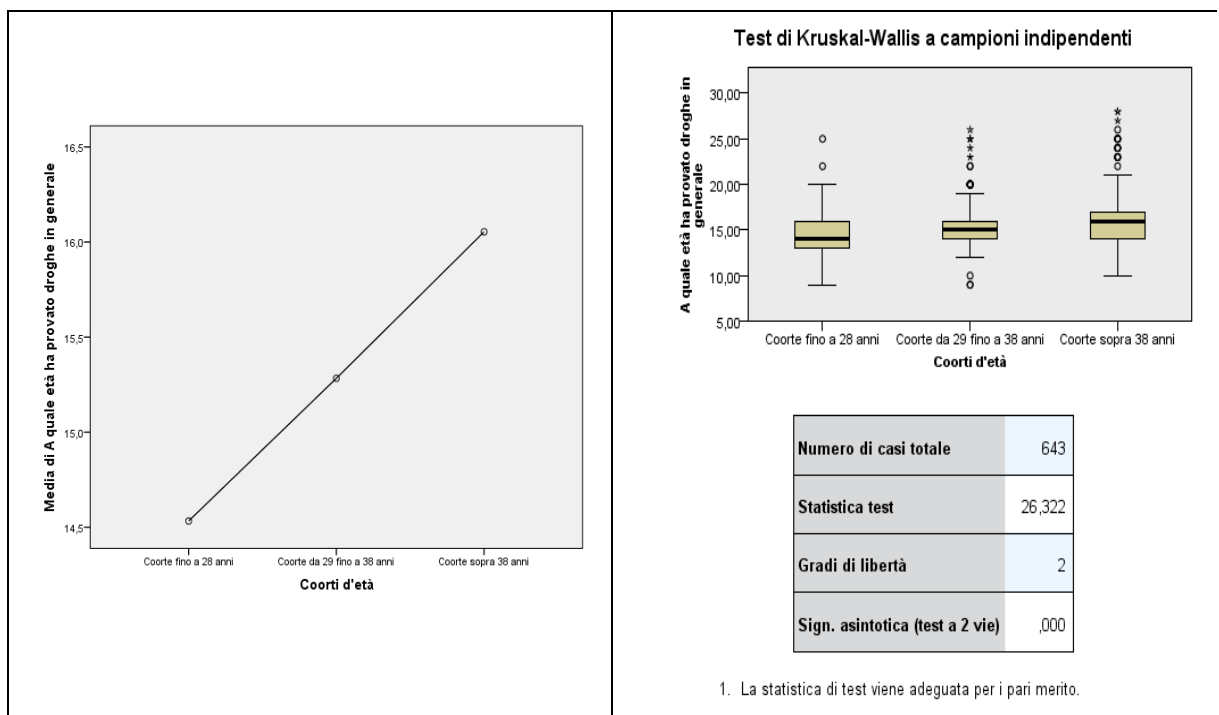


Figura 22.

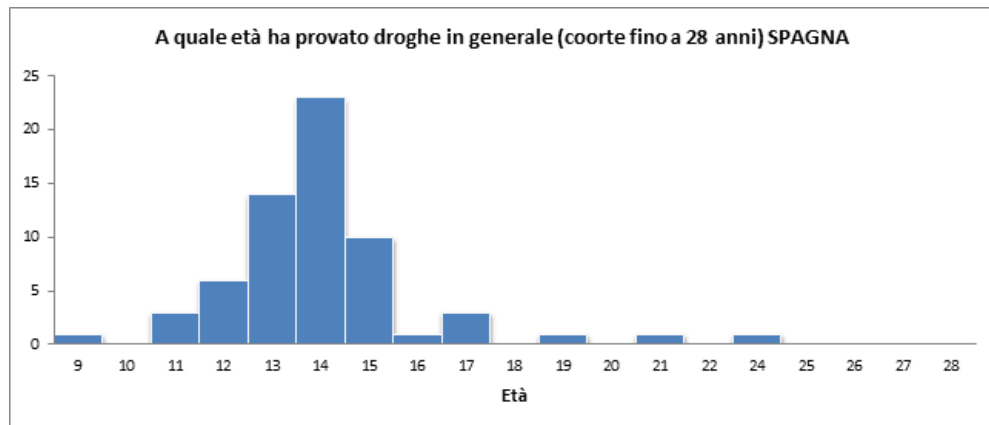


Figura 23.

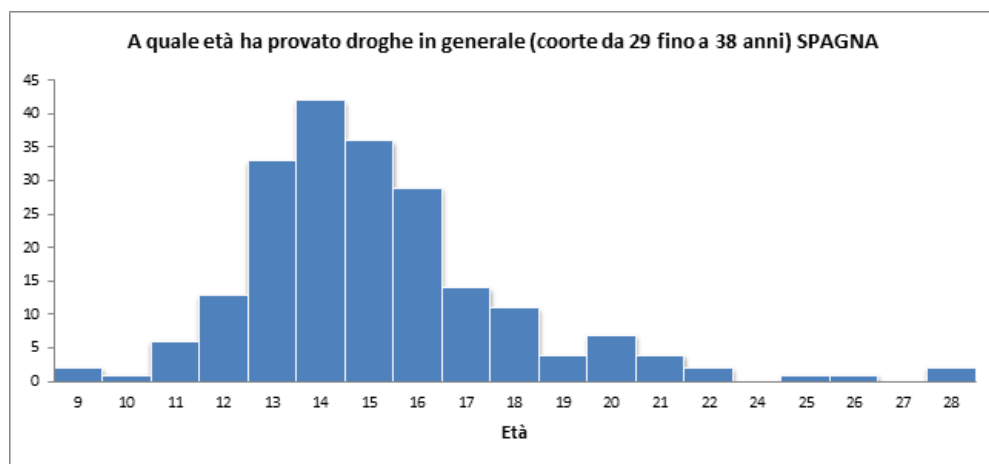


Figura 24.

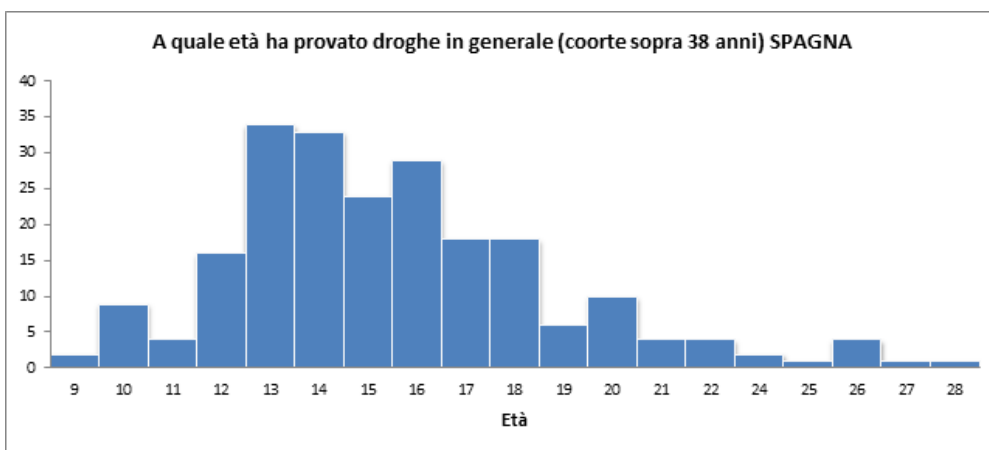


Figura 25: Differenza nell'età media tra le varie coorti d'età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti SPAGNA

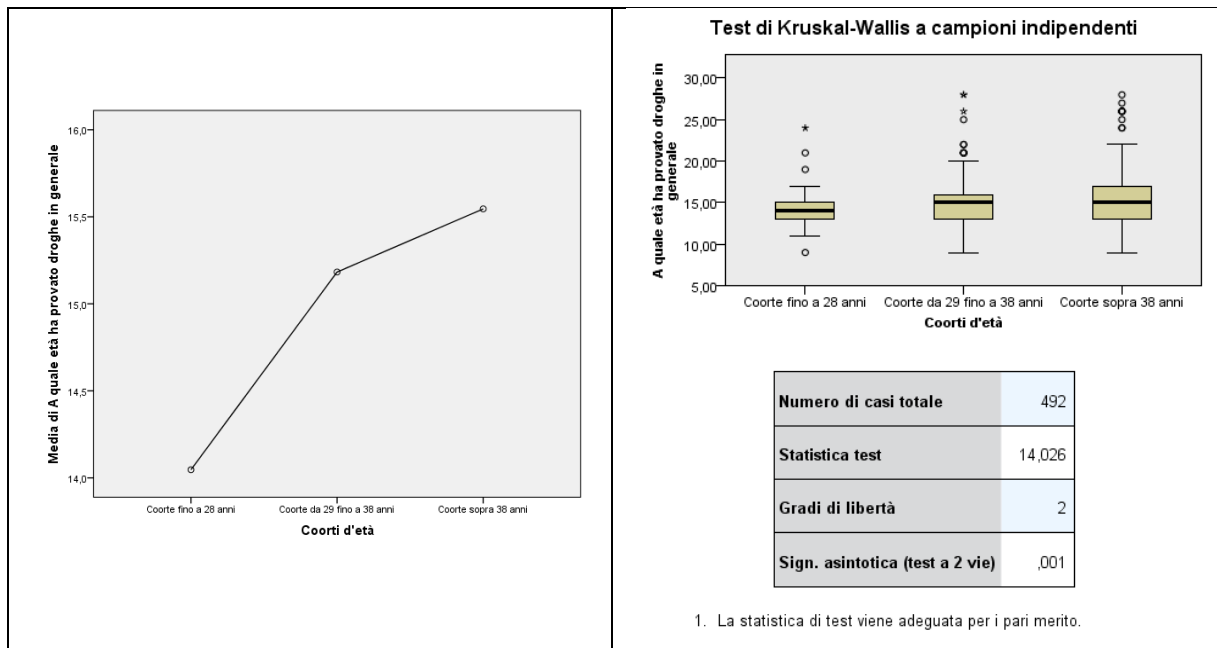


Figura 26.

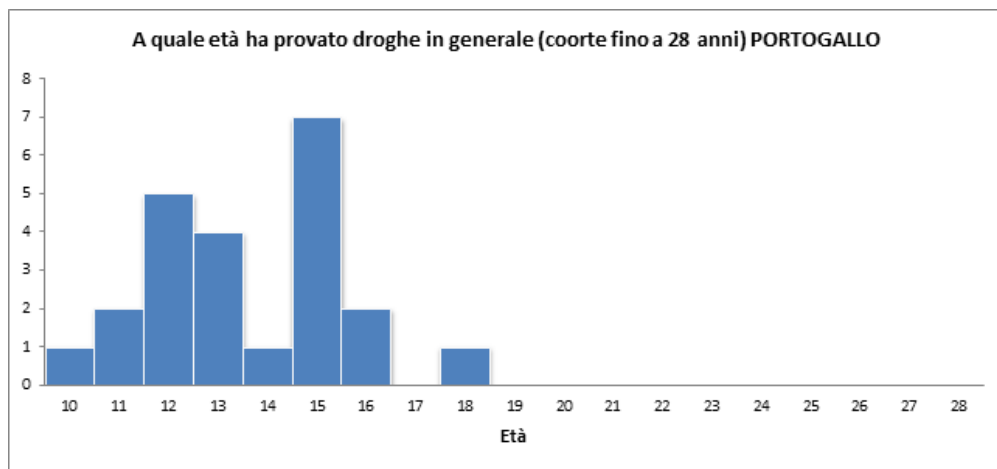


Figura 27.

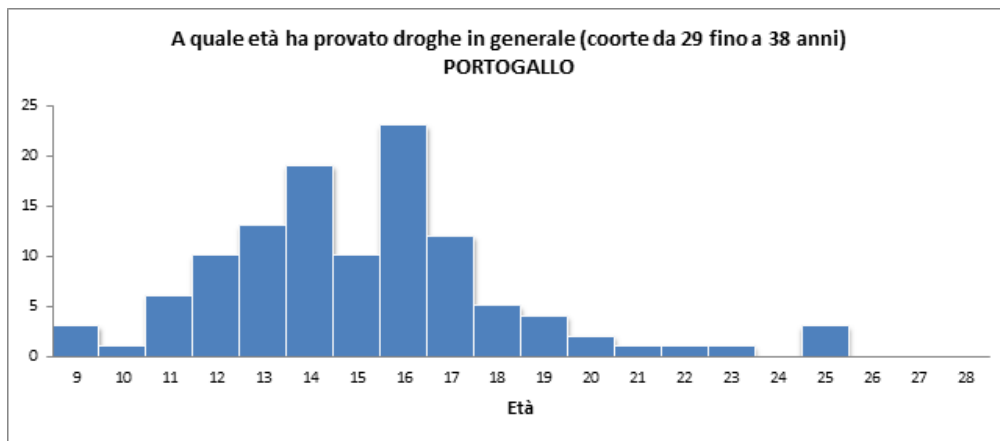


Figura 28.

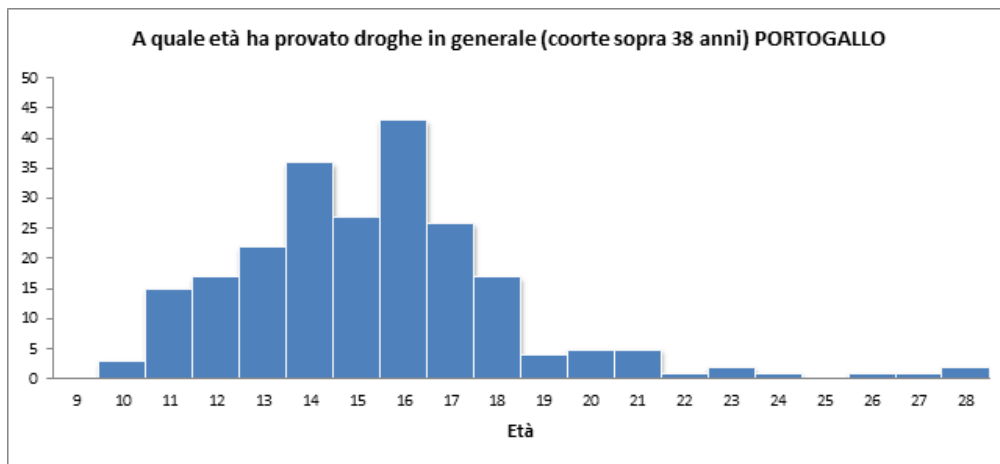


Figura 29: Differenza nell'età media tra le varie coorti d'età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti PORTOGALLO

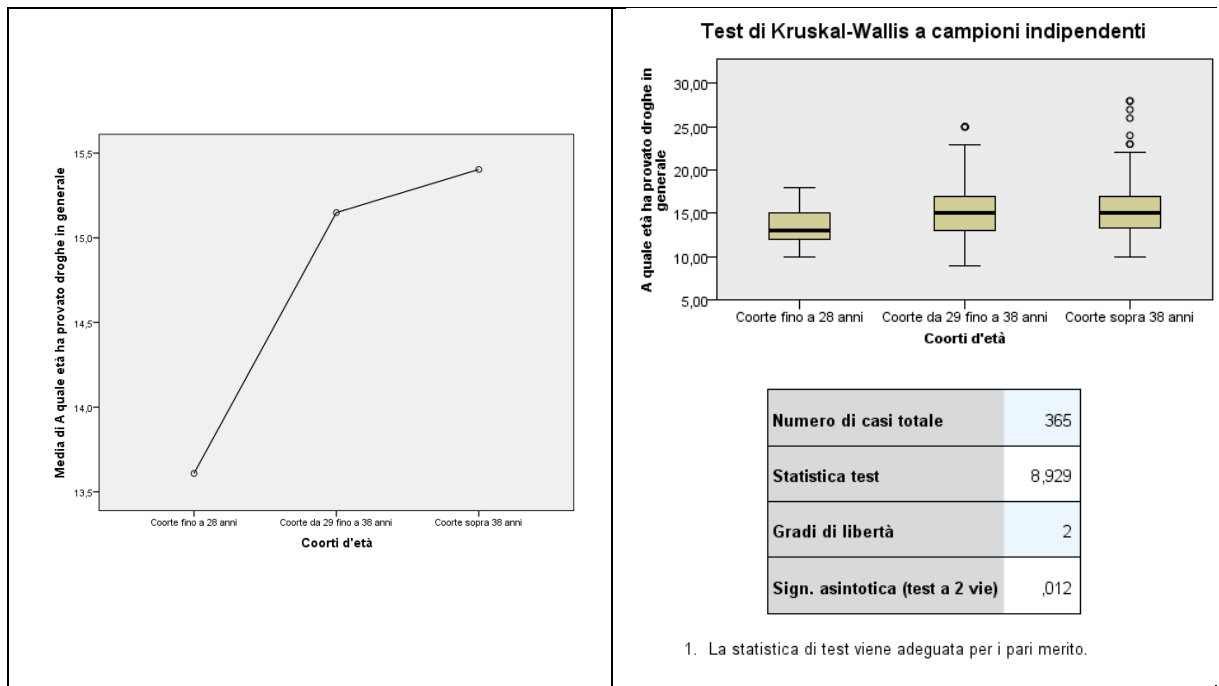


Figura 30.

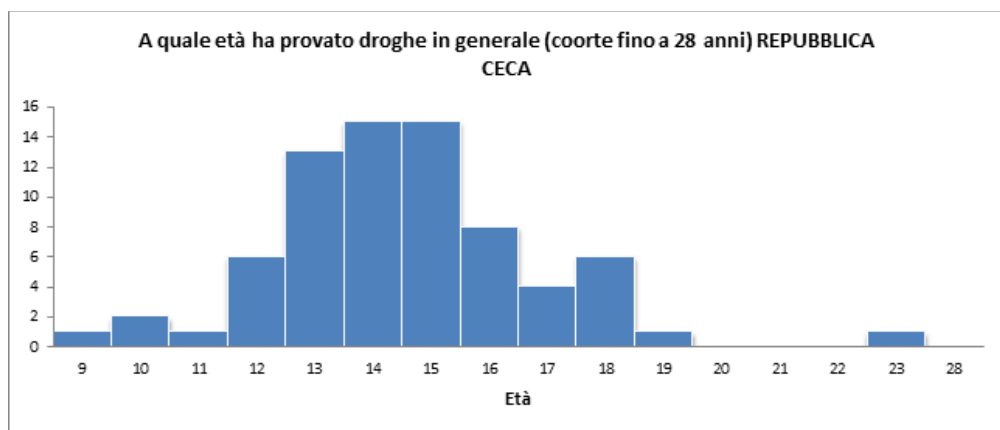


Figura 31.

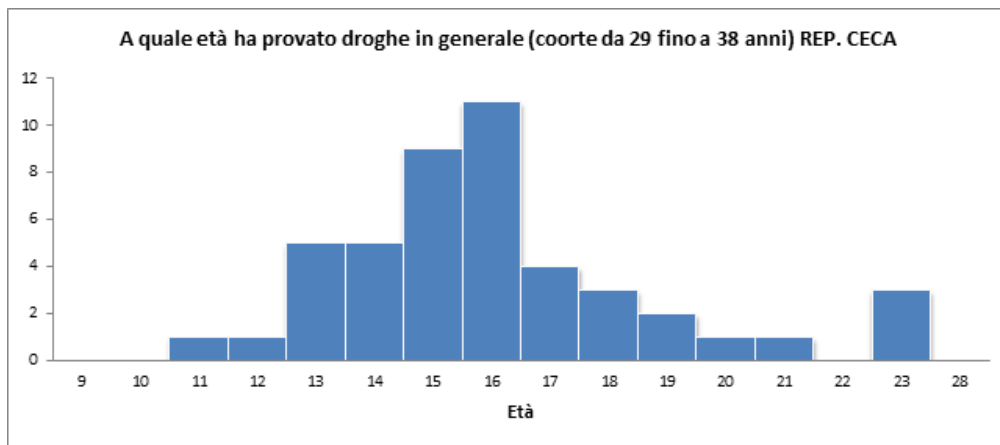


Figura 32.

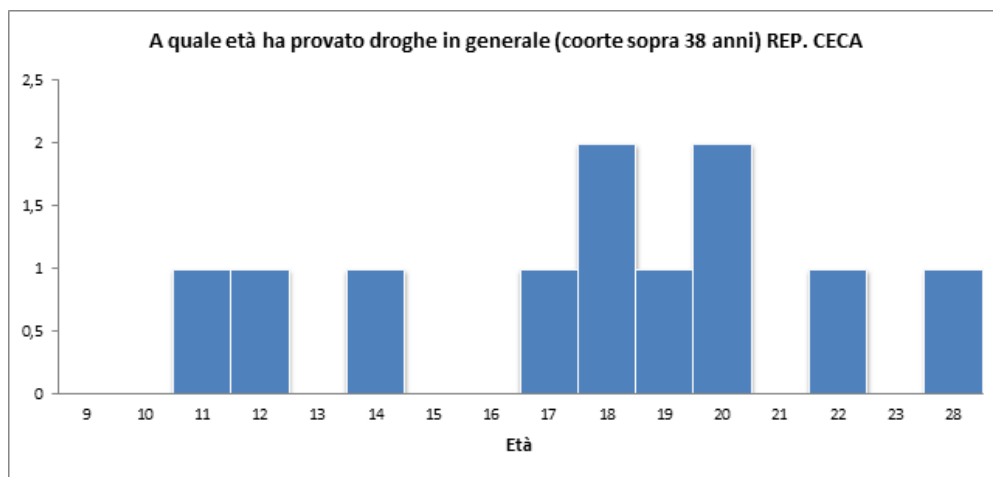
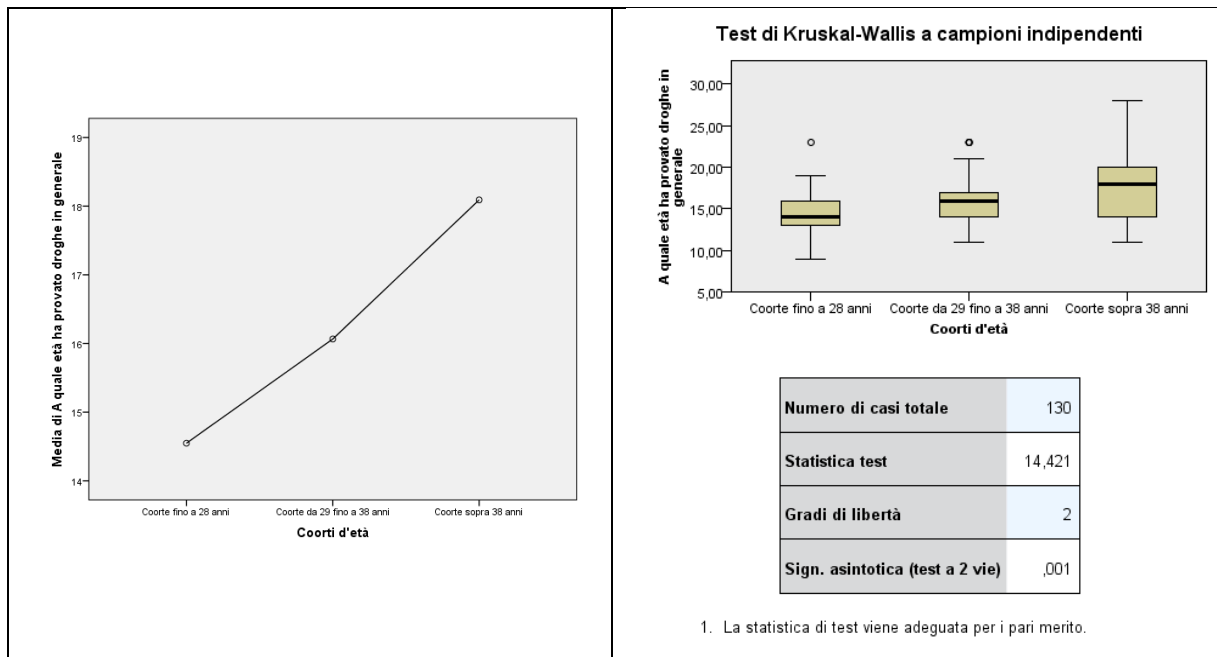


Figura 33: Differenza nell'età media tra le varie coorti d'età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti
 REPUBBLICA CECA



Fonte: Nostre elaborazioni su R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Come mai esiste questo trend comune? A quali cambiamenti nel consumo di sostanze corrisponde?

Per rispondere a questi interrogativi, è opportuno analizzare come sono cambiate le condizioni ambientali di primo consumo. Si abbassa drasticamente un consumo casalingo e solitario, mentre aumenta significativamente un consumo sociale e urbano. Resta minoritario - pur aumentando significativamente - il primo consumo all'interno di occasioni ricreative pubbliche. Nella Repubblica Ceca il 53% dei quarantenni ha consumato per la prima volta a casa, contro solo l'8% dei ventottenni. Il consumo di strada e/o al parco - al contrario è salito dal 6,7% al 27% (ma già tra coloro tra i 28 e i 38 era al 23%). Differente la dimensione del processo in Italia. Anche qui crolla il consumo a casa dal 14% dei 38enni al 5% dei 28enni, ma non ha favore del consumo di strada che era già e resta alto (intorno al 40%). Aumenta piuttosto il consumo a scuola dal 5 al 10%. Cifre identiche per la Spagna, lievemente differenti per il Portogallo dove il primo consumo in strada era e si mantiene più alto (attorno al 50%), e aumenta in misura maggiore quello a scuola (al 16%).

Ovviamente il luogo corrisponde anche ad una ambientazione in qualche maniera sociale/collettiva. Come prima in Repubblica Ceca questo processo è più spiccato e raddoppia o quasi l'incidenza delle persone che hanno consumato con amici (dal 33% dei quarantenni al 62% dei ventottenni) mentre prima si consumava da soli. In Italia il consumo collettivo con amici era già diffuso e aumenta solo di 4 punti percentuali fino ad arrivare al 70%, ma aumenta significativamente il consumo con i compagni di scuola fino ad arrivare al 12%. In Spagna identico processo con un aumento lievemente maggiore del consumo con i compagni di scuola.

Con le nuove generazioni è aumentato quindi un consumo sociale e collettivo. Evidentemente questa situazione tende naturalmente ad incentivare la trasversalità del contatto con le sostanze visto che strade e parchi e tanto più scuole sono luoghi obbligatoriamente frequentati da persone con retroterra anche molto diversi fra loro. Proviamo a scorgere l'ampiezza di queste differenze esaminando la condizione sociale al primo consumo.

Condizione sociale al consumo per coorti d'età

Sullo stato civile all'atto dell'inizio del consumo influisce ovviamente l'età media, ma anche lo stile di vita più "normale" presente nei vari paesi. La coorte più anziana presenta tassi di nuzialità in linea o relativamente più alti rispetto alle rispettive medie nazionali, tenuto conto che l'età media del consumo anche dove è più alta è comunque intorno ai venti anni.

Al di fuori della norma sembra verificarsi una più alta percentuale di separazioni e divorzi significativamente precoci. Nella Repubblica Ceca erano single al primo consumo di droga poco più dei due terzi sul totale, i rimanenti erano prevalentemente già divorziati.

Nella coorte di mezzo (tra i 28 e i 38 anni) il 91% è single, nel rimanente 9% prevalgono i coniugati.

Nella coorte più giovane sono tutti single. In Spagna e in Italia vi è la stessa situazione ma con una più lieve attitudine al matrimonio o al divorzio precoce nelle coorti più anziane. In Italia, tra i quarantenni e oltre all'inizio del consumo i single sono l'85%, in Spagna l'83%; i divorziati in Italia sono il 5,7%, in Spagna il 4,3%. Nella coorte più giovane invece in Italia sono tutti single e in Spagna vi è un numero minimo di sposati (4,3%). Il Portogallo si distingue per dei rapporti invertiti tra le coorti. I più vecchi hanno un basso tasso di nuzialità precoce e nullo di divorzio precoce. I più giovani invece sono sposati per ben l'11%.

La situazione della genitorialità è simile ma la genitorialità precoce tende ad annullarsi solo con l'ultima generazione. In Italia tra i 28 e i 38enni ben il 12% hanno avuto un figlio con l'inizio dell'utilizzo delle droghe (in età quindi molto giovane), e la stessa percentuale si riduce solo con l'ultima coorte.

La condizione abitativa cambia drasticamente tra la coorte più vecchia e le due generazioni più giovani. In Repubblica Ceca ben un terzo dei rispondenti quarantenni viveva già da solo e il 20% viveva ancora con i genitori. Chi vive ancora nel nido genitoriale rappresenta invece una percentuale ben più significativa (più del 60%) per le coorti più giovani. In Italia tra chi ha più di 28 anni il 7/8% dei rispondenti viveva in comunità oppure ospite, ma nessuno ha fatto la stessa esperienza tra chi ha meno di 28 anni. In Spagna sale molto tra i giovani la percentuale di chi vive in casa con i propri genitori all'inizio dell'esperienza di consumo anche perché è pari a zero quella di chi vive con partner/coniuge o per conto proprio. In controtendenza il Portogallo dove invece la proporzione di chi inizia in una situazione di autonomia abitativa sale.

La situazione occupazionale mostra un ulteriore tassello. Nella Repubblica Ceca tra la coorte più anziana la metà era occupato con un contratto regolare a tempo pieno mentre un quarto era disoccupato. Tra i più giovani i disoccupati salgono al 36% mentre i lavoratori precari raddoppiano. Anche in Italia gli occupati stabili calano drasticamente nelle generazioni più giovani. Erano il 29% tra i quarantenni mentre diventano il 17% tra i ventottenni. Aumentano sia i precari sia i disoccupati, questi indicatori tuttavia non segnalano direttamente un aumento del consumo

marginale tra le generazioni più giovani quanto un cambiamento del mercato del lavoro che sfavorisce tutte le generazioni più giovani.

La situazione dei consumatori a 25 anni

E' interessante analizzare come prosegue il percorso biografico di chi continua a drogarsi quando compie i 25 anni. Nella Repubblica Ceca c'è un aumento di persone sposate di circa il 20% rispetto all'inizio del percorso di dipendenza. Questo aumento della percentuale degli sposati è omogeneo tra tutte le generazioni. In Italia c'è un aumento molto più ridotto (9%) nella coorte più giovane, consistente quanto quello della Repubblica Ceca nella più anziana, e nella coorte di mezzo. Sia la Spagna sia il Portogallo presentano percentuali di divorzi trascurabili.

Il paese in cui vi è un aumento minore della formazione autonoma di una famiglia è quindi sicuramente l'Italia, che ha conseguenze sulla situazione abitativa. Nella Repubblica Ceca praticamente tutti lasciano il nido genitoriale, anche se questo corrisponde ad un aumento significativo di coloro che vanno a vivere con la nuova famiglia creata, nella coorte più giovane si registra anche un 12,5% che finisce a vivere in ostello, mentre la stessa quota nella generazione più vecchia era del 7%.

In Italia la percentuale di chi vive in comunità, o ospite di amici aumenta fino al 15% soprattutto nella coorte giovanile, mentre era un po' più bassa nelle coorti più anziane, che essendo passate in maniera più consistente al matrimonio, vivono nella propria casa.

Infine la condizione occupazionale. È significativo che in Spagna, dove nella coorte più giovane il 70% studiava quando ha iniziato a consumare, solo il 4,8% rimanga studente dieci anni dopo con il crollo percentuale più consistente rispetto alle stesse coorti degli altri paesi.

Per di più solo una minima parte va ad ingrossare le fila del lavoro full time a tempo indeterminato con uno stacco netto rispetto alle generazioni precedenti che per la metà erano impiegate a tempo indeterminato (e per un altro 20% in modo precario o part-time). Anche in Italia non aumenta (e addirittura diminuisce di due punti fino a toccare il 15%) la percentuale di persone impiegate a tempo indeterminato, ma si ingrossano le cifre delle altre forme di lavoro precario, e soprattutto di lavoro autonomo che è quello che relativamente cresce di più. Le due coorti più anziane (fino a 38 anni e oltre i 38 anni) avevano tassi di disoccupazione della metà e soprattutto in diminuzione rispetto all'inizio della loro esperienza di tossicodipendenza. L'impatto negativo sull'inserimento lavorativo è quindi differenziato per coorti ed è amplificato dai cambiamenti del mercato del lavoro.

In Portogallo vi è un inserimento dei più giovani nel lavoro a tempo indeterminato per quanto limitato al 18%, mentre il lavoro part-time aumenta di alcuni punti percentuali, e del ben 10% tra coloro che hanno avuto qualche forma di lavoro occasionale e l'hanno persa.

La situazione dei consumatori a 35 anni

Al compimento dei 35 anni possiamo prendere in considerazione solo due coorti.

Riguardo allo stato civile, nella Repubblica Ceca quelli con più di 38 anni hanno divorziato nel 30% dei casi e quelli con meno di 38 anni nel 23% (il che può far pensare che si arrivi al medesimo tasso di divorzio) e sono rimasti single rispettivamente nel 30% e nel 41% dei casi. Il che vuol dire che poco meno della metà dei matrimoni sono stati interrotti.

In Italia sono rimasti single sotto i 38 ben l'80% dei casi mentre sopra i 38 anni sono solo il 54%. Tra coloro che si sono sposati sotto i 38 anni ha divorziato un terzo, sopra i 38 anni poco meno di un terzo. Praticamente per la coorte italiana tra i 28 e i 38 anni non ci sono stati matrimoni negli ultimi quindici anni di vita, mentre solo un dieci per cento in più della coorte anziana si è sposato.

Il fallimento nei paesi del Mediterraneo sembra essere collegato più al mancato matrimonio che al divorzio. In Spagna vi è una situazione intermedia, circa la metà è ancora single sotto i 38 anni, il 37% sopra i 38 anni ma più di un terzo ha già divorziato. In Portogallo rispettivamente il 60% e il 53% delle nostre due coorti non si è ancora sposato a 35 anni e i tassi di divorzio sono ininfluenti.

Passando alla situazione abitativa. Nella Repubblica Ceca nella generazione più anziana la maggior parte delle persone passa dalla vita da soli o con gli amici a vivere con il/la partner, ma coloro che vivevano in Ostello e altre situazioni simili raddoppiano fino ad arrivare al 15%. In Italia a 35 anni il 20% della generazione più anziana vive in comunità o ospite e la situazione sembra essersi addirittura aggravata con la nuova generazione dove si registra un 30%. In Spagna un 80% della generazione più vecchia vive in casa con la famiglia d'origine (20%), da soli (20%), o con il/la partner (40%). Un altro 20% si divide però tra varie situazioni precarie, dove spicca un 8% di carcerazione. Anche in Portogallo la situazione della generazione sotto i 38 è peggiore perché risiede in comunità per il 3,6% contro l'1% della generazione precedente.

La situazione lavorativa esprime forse più di altre il suo deterioramento. In Italia la situazione è più differenziata perché per quanto la generazione oltre i 38 anni abbia perso nei dieci anni che la separano un altro 5% di occupazione stabile resta pur sempre un terzo di occupazione a tempo indeterminato contro un sedici per cento di disoccupati puri e un 25% di lavoro occasionale. La generazione successiva che ha invece già incontrato la regolazione flessibile del mercato del lavoro ha solo un 23% di occupazione stabile e un 36% di disoccupati. Cifre simili di occupati permanenti si trovano in Spagna, mentre in Portogallo la situazione sembra essere molto più polarizzata tra addirittura un 42% di quarantenni che hanno un lavoro stabile (che comunque è in discesa di fronte ad un ragguardevole 57%) e un 31% di disoccupazione, senza la camera di compensazione del lavoro precario e occasionale.

Nella Repubblica Ceca, non vi è invece nessuna differenza generazionale tra i trentenni e i quarantenni ed entrambi sperimentano tassi di disoccupazione intorno al quaranta per cento, addirittura tripli rispetto a quelli di dieci anni prima.

Situazione dei consumatori allo stato attuale o prima dell'ingresso in comunità terapeutica

Dai risultati delle indagini è evidente che la scena del consumo di sostanze è molto cambiata dagli anni '90: sono cambiati gli stili di consumo, la percezione dei rischi da parte dei consumatori, i luoghi di spaccio e consumo, è aumentata l'offerta delle sostanze (per varietà, entità e qualità), sono diminuiti i prezzi. Da un consumo basato su una sostanza "d'elezione", si è passati ad un mix di sostanze più adatto a garantire l'effetto che si vuole raggiungere. Il tratto dominante della scena attuale è il "policonsumo", cioè l'assunzione contemporanea o sequenziale di più sostanze: farmaci, sostanze legali (in particolare, alcol) e sostanze illegali (in particolare, cocaina ed altri

psicostimolanti) e la ricerca del piacere e del divertimento (in luoghi particolari e con ritualità specifiche) come finalità legata all'uso di sostanze.

Non esiste più la droga nella sua accezione di monouso legato ad un contesto di sballo mirato, ma ci si trova davanti ad assuntori diversificati, che cercano emozioni e demandano alla sostanza l'esigenza di provarle, affidando a più sostanze la loro serata chimica⁸³.

Dopo aver analizzato i percorsi biografici proviamo a dare una fotografia della situazione sociale del nostro campione. Il primo dato generale che salta agli occhi è il basso livello educativo raggiunto in tutti i Paesi. In Spagna solo il 19% ha un titolo di studio secondario superiore (con un'incidenza di appena il 9% rispetto al padre) in Portogallo è il 25% (con un avanzamento più consistente intorno al 15% rispetto al titolo di studio riscontrato nel padre), in Repubblica Ceca solo il 15% (addirittura con un peggioramento rispetto al titolo di studio detenuto dal padre), in Italia il 33% raggiunge il titolo secondario superiore (con un miglioramento del 14% rispetto alla generazione del padre). Come si vede oltre ad esserci un capitale umano al di sotto della media vi è un miglioramento rispetto alla generazione precedente solo in Portogallo ed in Italia.

Date le competenze acquisite è abbastanza ovvio che la situazione occupazionale presa nel suo complesso sia disastrosa: in Spagna solo il 16% è occupato con un contratto precario o a tempo indeterminato mentre il 55% è disoccupato. Cifre identiche per l'Italia e addirittura peggiori per il Portogallo dove non c'è una quota consistente di impiego nel lavoro autonomo e la disoccupazione schizza al 74%.

Tabella 2: Progressione nel percorso di integrazione abitativa*.

		Inizio/25	25/35	35/Current
Italia	Fino a 28	(-11,9)		
	Dai 29 ai 38	(-6,7)	(-20,8%)	
	Oltre i 38	(-8,6)	(-7,2%)	(-23%)
Portogallo	Fino a 28	=		
	Dai 29 ai 38	(-8,5%)	(-11,6%)	
	Oltre i 38	(-2,3%)	(-3,4%)	(-9,6%)
Spagna	Fino a 28	(-49,2)		
	Dai 29 ai 38	(-9,8)	(-40,7)	
	Oltre i 38	(-13,7)	=	(-12,7)
Repubblica Ceca	Fino a 28	(-44,3)		
	Dai 29 ai 38	(-4,4)	(-8,3)	

⁸³ A. Caringi, *Giovani e droga: un'analisi sul fenomeno delle dipendenze da sostanze psicotrope* in <http://www.agoramagazine.it>

	Oltre i 38	(-22,9)	(12,1)	(-30,7)
--	------------	----------------	---------------	----------------

**Le cifre fra parentesi si riferiscono alla variazione dell'incidenza tra i rispondenti di coloro che vivevano nella propria casa come tipologia abitativa adeguata. La cifra (-11,9) è ottenuta dalla differenza ad esempio fra l'80% degli intervistati che all'inizio del consumo viveva nella propria casa e il 68,1% che ci viveva a 25 anni.*

Fonte: Nostre elaborazioni su R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 3: Progressione nel percorso di integrazione lavorativa.

		Inizio/25	25/35	35/Current
Italia	Fino a 28	(-14%)		
	Dai 29 ai 38	(-74%)	(-13%)	
	Oltre i 38	(+8,2%)	(-5,2%)	(-12,68%)
Portogallo	Fino a 28	(+18,2%)		
	Dai 29 ai 38	(+2,9%)	(-17,7%)	
	Oltre i 38	(+15,2%)	(-15,3%)	(-25,4%)
Spagna	Fino a 28	(+3,2%)		
	Dai 29 ai 38	(+23,8%)	(-38,2%)	
	Oltre i 38	(+20%)	(-12,3%)	ND
Repubblica Ceca	Fino a 28	(+5,2)		
	Dai 29 ai 38	(+2,4%)	(-17,1%)	
	Oltre i 38	=	(-23,1)	(-5,1%)

**Le cifre fra parentesi si riferiscono alla variazione dell'incidenza tra i rispondenti di coloro che dichiarano di avere un lavoro stabile. La cifra (-14%) è ottenuta dalla differenza ad esempio fra l'30% degli intervista che all'inizio del consumo aveva un lavoro stabile e il 16% che lo aveva a 25 anni.*

Fonte: Nostre elaborazioni su R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Ugualmente la situazione familiare vede solo una piccola quota (prevalentemente presente in Portogallo) di persone inserite in un nucleo familiare proprio. In tutti i paesi tra il 70 e l'80% è single in seguito a separazioni o divorzi. L'assenza del doppio asse di integrazione familiare e lavorativo porta evidentemente a quella che i sociologi definiscono *disaffiliazione*, un processo di sostegno reciproco tra l'assenza di un reddito e l'impossibilità di mantenere la famiglia, che viene quindi meno come possibile fonte di ruolo sociale. Questo porta come unica soluzione per il recupero all'ingresso nei circuiti di comunità come approdo consistente soprattutto lì dove sono istituzionalmente diffusi.

Rapporto con le sostanze

I fattori che favoriscono la stabilizzazione del consumo differiscono solo in parte da quelli riscontrabili nell'iniziazione o in una prima fase di consumo. In questa fase ciò che conta è soprattutto il tipo di rapporto che si crea tra il soggetto e la sostanza: dopo le prime esperienze egli può valutare concretamente la qualità e la funzione degli effetti sperimentati ed elaborare quindi credenze che non si fondano più sull'esperienza riportata da altri ma su quella personale. Si continua a far uso di droga quanto più si percepiscono gli effetti rinforzanti della sostanza, sia positivi, sia negativi; quanto più si ottengono gli effetti cognitivi, affettivi e farmacologici che si attendono: quanto più ci si convince che attraverso la droga si può esercitare maggior controllo sugli eventi della vita quotidiana. Il continuare, quindi il passaggio da un uso occasionale ad un uso frequente, è dunque da porre in relazione soprattutto con i bisogni a cui la droga si dimostra in grado di rispondere. Anche il non aver ottenuto gli effetti desiderati può spingere il soggetto a riprovare, così come la sottovalutazione dei rischi e un'estrema fiducia nelle proprie capacità di controllo, possono favorire l'innescarsi della dipendenza⁸⁴.

La letteratura indica che il rischio di diventare tossicodipendente è tanto maggiore tanto più precocemente il soggetto ha strutturato stili di consumo regolari. Questa strutturazione della dipendenza problematica si concretizza nella fase successiva all'iniziazione di droghe pesanti, e nei successivi cinque anni si associano comportamenti devianti e un consistente coinvolgimento nell'ambiente del consumo.

In questa fase da un lato si apprendono norme di autoregolazione, dall'altro emergono situazioni di disagio per lo più durature e difficilmente risolvibili disponendo di un repertorio limitato o inadeguato di competenze sociali per affrontare diversamente i problemi.

A questo declino si associano e palesano disturbi della personalità strutturati (depressione, ansia, disforia, ecc.), che si cerca di superare tramite l'uso della droga reputato il mezzo più efficace per diminuire il disagio, sottovalutando i rischi connessi al consumo, e sopravvalutando le proprie capacità di controllo.

È in questa rapida sequenza di fase che l'assunzione delle sostanze acquisisce un maggior peso nella vita dei consumatori, avendo una forte probabilità di ricadute negli ambiti lavorativi e/o di studio e relazionali, dovuto alla difficoltà di concentrazione conseguente a un forte consumo di sostanze che assumono una centralità rilevante nella vita del tossicodipendente.

I nuovi fenomeni di consumo (poli-consumo) pongono l'esigenza di ridisegnare il sistema dei servizi al fine di creare una rete collaborativa e sinergica, in grado di intercettare la complessa articolazione dei bisogni e dei problemi legati al poli-consumo ed agli stili di vita connessi. Tale rete deve consentire di conoscere i comportamenti legati al consumo di sostanze tra i giovani e non, in particolare nei luoghi di divertimento, di condividere e diffondere, attraverso il confronto attivo tra operatori, buone pratiche di prevenzione dei rischi connessi ai fenomeni di consumo/abuso e metodologie di rete che supportino la collaborazione tra servizi e progetti.

A fronte di un fenomeno che va di pari passo con i mutamenti culturali e sociali che coinvolgono tutti, giovani e vecchi consumatori, all'operatore sociale e sanitario sono chiesti l'elasticità

⁸⁴ Marcella Ravenna, *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna, 1997.

mentale, la competenza necessaria e il coraggio di riconoscere l'inefficacia di alcune categorie interpretative del passato, rinunciando alla lettura ideologica della tossicodipendenza legata, solo e sempre, al disagio individuale.

Non sono nuove le sostanze ma sono nuovi:

- i contesti, non solitari ma ricreazionali;
- le modalità del consumo;
- l'abbassamento dell'età dei consumatori;
- la trasversalità dei consumi per cui diventa impossibile tracciarne un identikit;
- la trasversalità maschile e femminile per cui non esiste differenza di genere;
- la trasversalità dei tempi e degli spazi del consumo: si usa il giorno e si usa la notte, si usa a scuola e si usa in discoteca, si usa dentro i locali e anche fuori;
- la facile reperibilità delle sostanze;
- la facilità della loro produzione - nel caso specifico delle sostanze chimiche - e la conseguente mancanza di identificazione.

Risulta da quest'indagine e da altre condotte a livello europeo sulla popolazione studentesca (ESPAD) che il primo uso di sostanze avviene in età adolescenziale (sotto i 16 anni) con una tendenza, negli ultimi anni, ad anticipare sempre più la prima esperienza.

Al fine di prevenire il primo uso è opportuno, pertanto, attivare programmi di *educazione alla salute* nelle fasce d'età preadolescenziali attuabili nelle scuole primarie.

Si riscontra, inoltre, dai risultati dei tempi di gateway, che in media il periodo tra primo uso di droghe leggere e primo uso di sostanze maggiormente pericolose è di 2,9 anni (l'intervallo più lungo è registrato in Portogallo, e quello più breve in Repubblica Ceca), che corrisponde al periodo che va dai 16 ai 19 anni, dove, molto spesso, si registra un alto tasso di abbandono scolastico. Inoltre il passaggio all'uso di droghe pesanti corrisponde mediamente anche con l'attività di spaccio, probabilmente per far fronte ai costi del consumo di sostanze pesanti. In questa fase temporale dai 16 ai 19 anni è strategico improntare interventi di *peer education* per prevenire un inconsapevole e sperimentale approccio alle sostanze indotto prevalentemente da un approccio ludico-ricreativo e dalla curiosità, e per attivare azioni di sostegno al supporto tra pari, alla progettazione e messa in opera di strumenti atti ad accompagnare il potenziamento di conoscenze per via orizzontale tra coetanei.

I residenti delle comunità terapeutiche e della bassa soglia hanno livelli di scolarizzazione inferiori alla media della popolazione, se consideriamo i gruppi con istruzione secondaria superiore e diploma universitario. Invece, la loro scolarizzazione, è superiore al livello medio della popolazione se consideriamo i gruppi fermi alla scuola primaria. Questo essere in mezzo suggerisce che, pur appartenendo a gruppi sociali orientati ad un uno stile di vita e di istruzione superiore, hanno perso terreno rispetto al resto della popolazione a partire dalla scuola secondaria superiore. Questo fenomeno deve essere contrastato dando loro una seconda possibilità, appunto di reinserimento e di riqualificazione professionale.

Appendice: tabelle relative alle rilevazioni italiane

Tabella 4.

		GENERE			MEDIA ETÀ
		M	F		
Indagine pilota	Comunità	85,1	14,9	101	36,6
Indagine DPA	Comunità	84,0	16,0	1.137	34,2
	Bassa soglia	82,0	18,0	291	36,5
Indagine progetto EU	Comunità	85,4	14,6	528	35,5
	Bassa soglia	84,7	15,3	189	37,5

Tabella 5.

Titolo indagine		Occupato stabile	Occupato precario	Lavoro autonomo	Lavoro occasionale	Disoccupato	Inoccupato/ Non ha mai lavorato	Totale
Indagine pilota	Comunità	18,0	25,0	21,0	16,0	13,0	7,0	100
Indagine DPA	Comunità	29,2	16,0	15,2	19,1	15,0	5,5	1131
	Bassa soglia	25,2	17,2	14,8	17,9	19,0	5,9	290
Indagine progetto EU	Comunità	28,5	21,8	19,1	26,0	-	4,6	519
	Bassa soglia	17,6	20,9	14,8	41,8	-	4,9	182

Tabella 6.

Titolo indagine		Nessun titolo di studio	Scuola elementare	Scuola media inf	Scuola media sup	Laurea e oltre	Altro	Totale
Indagine pilota	Comunità		6,0	61,0	28,0	1,0	4,0	100
Indagine DPA	Comunità	1,7	7,5	49,6	31,4	3,3	6,6	1128
	Bassa soglia	0,3	8,2	44,7	38,1	5,2	3,4	291
Indagine progetto EU	Comunità	0,6	5,8	47,8	33,7	3,2	8,9	531
	Bassa soglia	0,5	5,8	53,4	31,7	3,2	5,3	189

Tabella 7.

		Età media prima sostanza	Età media sostanza pesante	Tempo medio tra primo uso e droghe pesanti
Indagine pilota	Comunità	14,9	17,0	2,1
Indagine DPA	Comunità	15,7	18,4	2,7
	Bassa soglia	16,0	19,3	3,3
Indagine progetto EU	Comunità	15,4	18,3	2,9
	Bassa soglia	15,9	18,3	2,4

Tabella 8.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
	Comunità	Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Tranquillanti sedativi				1,4	1,7
Amfetamine	1,0	2,0	1,1	0,4	
Ecstasy	1,0	1,7	0,8	1,4	
Cannabis Marijuana	85,4	71,2	70,7	75,6	66,5
Crack	2,1	0,1	0,4	0,4	
Cocaina	5,2	9,1	12,9	10,7	14,0
Eroina	4,2	7,9	9,5	5,1	13,4
Funghi allucinogeni	1,0	0,4		0,2	
Steroidi anabolizzanti		0,3	0,4		
Inalanti		0,8	1,1		
Ketamina		0,3			0,6
Assenzio		0,6			
Salvia Divinorum		0,1	0,4		
Smart Drugs		0,1			
LSA semi hawaiani		0,1			
LSD		0,8	1,5	0,2	1,1
Kobret		0,2		0,2	
Altre droghe		4,5	1,1	4,5	2,8
Totale rispondenti	96	1030	263	513	179

Tabella 9.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
	Comunità	Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Curiosità	65,3	58,6	66,2	34,7	42,9
Divertimento	37,6	37,6	34,2	59,3	53,4
Voglia di trasgredire	24,8	35,0	26,1	39,4	37,0
Autolesionismo	4,0	2,5	4,2	4,1	5,3
Lo facevano alcuni miei amici/conoscenti	37,6	36,5	34,2	37,3	36,0
Lo faceva il mio/a compagno/a	3,0	5,2	4,2	6,2	7,4
Era molto diffusa a scuola	4,0	2,6	3,2	3,8	1,1
Era molto diffusa nel posto di lavoro	1,0	1,2	2,1	,6	1,6
Volevo migliorare le mie prestazioni	4,0	3,4	1,4	4,3	5,8
Volevo rilassarmi/calmarmi	6,9	5,8	3,9	13,9	11,1

1 Caratteristiche delle popolazioni a rischio

Volevo fare nuove amicizie	7,9	6,4	1,8	6,0	2,6
Volevo isolarmi dai disagi della mia vita	19,8	13,8	12,7	19,2	18,0
Altro	9,9	5,3	6,0	5,6	7,9
Totale dei rispondenti	101	1124	284	531	189

Tabella 10.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Da sola/o	5,0	6,6	8,6	8,7	13,3
Amici/che	78,0	70,7	74,6	67,5	70,7
Compagni di scuola	3,0	6,4	3,6	8,6	5,9
Partner	-	3,0	2,9	3,2	2,1
Conoscenti	9,0	9,6	7,5	7,6	4,8
Parenti	5,0	3,1	2,9	3,6	2,1
Altro	-	,5	-	,8	1,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	100	1100	280	526	188

Tabella 11.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Feste private	9,1	14,8	11,1	6,1	9,6
Un giorno qualunque	79,8	66,5	78,9	78,7	78,7
Durante le vacanze	3,0	3,4	3,2	6,3	3,2
Manifestazioni (Concerti, feste di piazza, etc.)	4,0	5,8	6,8	5,3	5,3
Altro	4,0	2,7	-	3,6	3,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	99	1089	279	526	188

Tabella 12.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Casa	9,0	14,8	14,8	8,8	17,1
Piazza/strada	40,0	38,1	45,1	43,3	44,9
Centri Sociali	-	1,0	-	,6	,5
Carcere	-	-	-	,4	-
Discoteca	4,0	4,3	4,2	7,9	6,4
Rave	1,0	1,8	1,1	,2	,5
Bar/ pub	3,0	4,9	1,1	-	-
Scuola	7,0	6,8	5,6	8,6	3,7
Lavoro	1,0	,9	1,4	1,5	3,2
Casa di amici	3,0	10,5	12,3	13,8	11,2
Palestra	-	,4	-	,2	-
Parco/Villa	19,0	9,6	8,5	6,7	6,4
Parrocchia	3,0	,7		,4	-
Stadio	2,0	1,0	1,4	,8	,5
Cinema/Teatro	-	,1	-	-	-
Altro	8,0	5,2	4,6	6,9	5,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	100	1081	284	522	189

Tabella 13.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
	Comunità	Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Policonsumo	77,4	67,0	63,2	65,9	68,6
Solo eroina	8,6	9,1	16,2	8,2	12,6
Solo cocaina	7,5	12,7	11,7	14,9	10,9
Una sola sostanza	6,5	11,3	8,9	10,9	8,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale V.A.	93	915	247	475	175

Tabella 14.

• **Fonti di finanziamento per il consumo - Indagine pilota 2009**

	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Debiti	Debiti con lo spacciatore	Prostituzione	Spaccio	Rapine/Furti	Altre attività illegali
Prevalentemente	9,9	54,5	6,9	5,9	3,0	14,9	12,9	13,9
Qualche volta	43,6	14,9	18,8	16,8	1,0	21,8	20,8	16,8
Mai	46,5	30,7	74,3	77,2	96,0	63,4	66,3	69,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	101	101	101	101	101	101	101	101

• **Fonti di finanziamento per il consumo - Indagine DPA 2010**

Bassa soglia								
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	12,3	55,7	37,1	5,9	27,2	10,4	7,4	9,7
Spesso	9,7	14,2	8,4	,7	7,1	9,0	11,8	11,0
Abbastanza	12,3	9,4	6,7	3,7	8,3	9,7	8,8	11,6
Qualche volta	28,6	9,9	12,9	8,8	20,7	22,2	25,0	28,4
Mai	37,0	10,8	34,8	80,9	36,7	48,6	47,1	39,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	154	212	178	136	169	144	136	155
Comunità								
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	16,6	55,3	30,8	5,2	19,5	13,8	9,0	9,1
Spesso	11,5	16,0	14,2	4,6	13,3	11,1	9,0	10,4
Abbastanza	12,9	9,1	10,5	2,1	12,5	11,6	8,8	8,8
Qualche volta	38,1	12,0	18,7	6,0	21,9	26,0	35,1	37,7
Mai	20,9	7,6	25,8	82,2	32,8	37,4	38,2	34,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	688	826	697	522	647	585	580	604

• **Fonti di finanziamento per il consumo - Indagine EU**

Bassa soglia									
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Contributi assistenza sociale	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	8,0	44,6	23,1	,8	23,4	17,3	,8	,8	2,3
Spesso	3,6	14,0	11,9		9,1	6,0		,8	3,1
Abbastanza	11,7	5,1	6,3	,8	6,5	7,5	,8	6,3	6,2

Qualche volta	26,3	14,0	11,2	,8	19,5	12,8	1,6	22,7	23,8
Mai	50,4	22,3	47,6	97,6	41,6	56,4	96,8	69,5	64,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	137	157	143	127	154	133	126	128	130
Comunità									
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Contributi assistenza sociale	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	14,1	46,5	30,1	3,5	20,3	15,1	3,8	7,4	5,8
Spesso	11,9	18,3	12,7	1,6	12,1	10,0	1,3	5,1	8,2
Abbastanza	15,7	11,5	10,1	1,0	8,7	9,1		8,3	7,6
Qualche volta	28,6	10,5	14,5	3,8	18,5	17,4	2,9	26,2	30,7
Mai	29,7	13,2	32,5	90,1	40,4	48,3	92,0	53,0	47,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	370	409	385	313	379	350	314	336	342

Tabella 15: Esperienza detentiva

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità*	Bassa soglia*	Comunità*	Bassa soglia*
No	39,4	48,0	56,0	41,6	41,3
Si per altri reati	43,4	33,9	42,9	39,9	47,1
Si per spaccio	17,2	23,3	28,0	26,9	25,9
Totale	100,0				
Totale dei rispondenti	99	1132	287	531	189
* percentuale per ogni singola risposta					

Tabella 16.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
No	43,3	36,0	40,6	45,0	38,3
Si, qualche volta	32,0	37,8	35,5	31,7	32,2
Si, spesso	24,7	26,2	23,8	23,3	29,5

1 Caratteristiche delle popolazioni a rischio

Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	101	924	256	498	183

2. Incidenti stradali per assunzione di sostanze

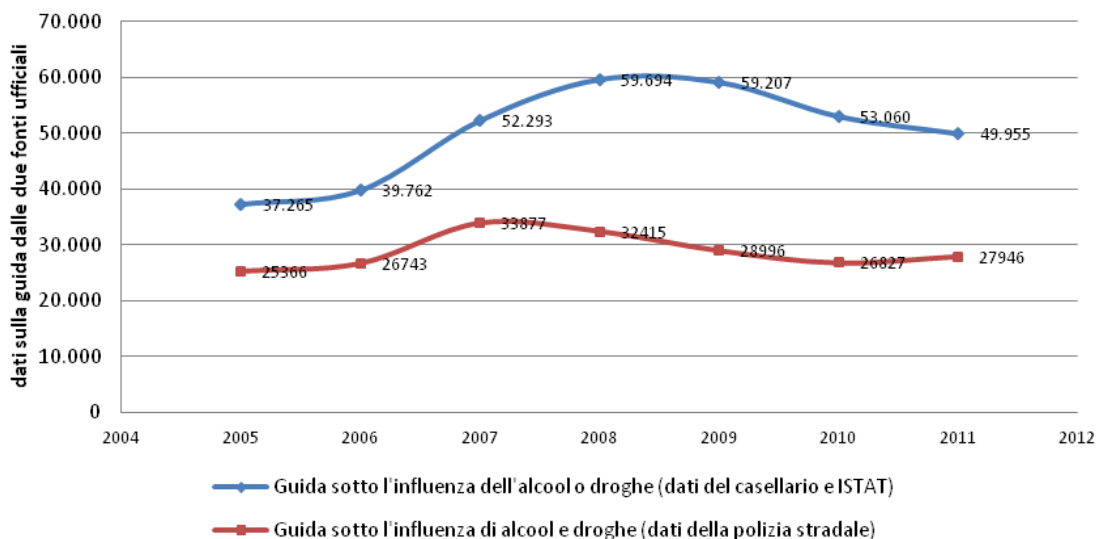
A cura di Esperti

Il Nuovo Codice della Strada in Italia prevede agli articoli 186 e 186 bis la punibilità per il guidatore in stato di ebbrezza e all'articolo 187 la punibilità per stato di alterazione psico-fisica dovuto a sostanze stupefacenti. L'accertamento della positività a tali sostanze può essere effettuato già sul luogo del fermo e, successivamente, presso strutture ospedaliere mediante il prelievo dei liquidi biologici. Vengono ricercati metaboliti di cannabinoidi, cocaina, oppiacei, amfetamine, MDMA e analoghi, nonché etanolo (alcool) e benzodiazepine.

I dati ufficiali a livello nazionale vengono poi forniti sia dalla Polizia Stradale, sia dall'Istat sulla base dei dati del casellario giudiziario.

Purtroppo questi dati forniscono solo la positività all'alcol e alla sostanza, senza specifica sostanza, e sono in contrasto tra loro (Figura 34).

Figura 34: Dati ufficiali discordanti sul numero di incidenti.

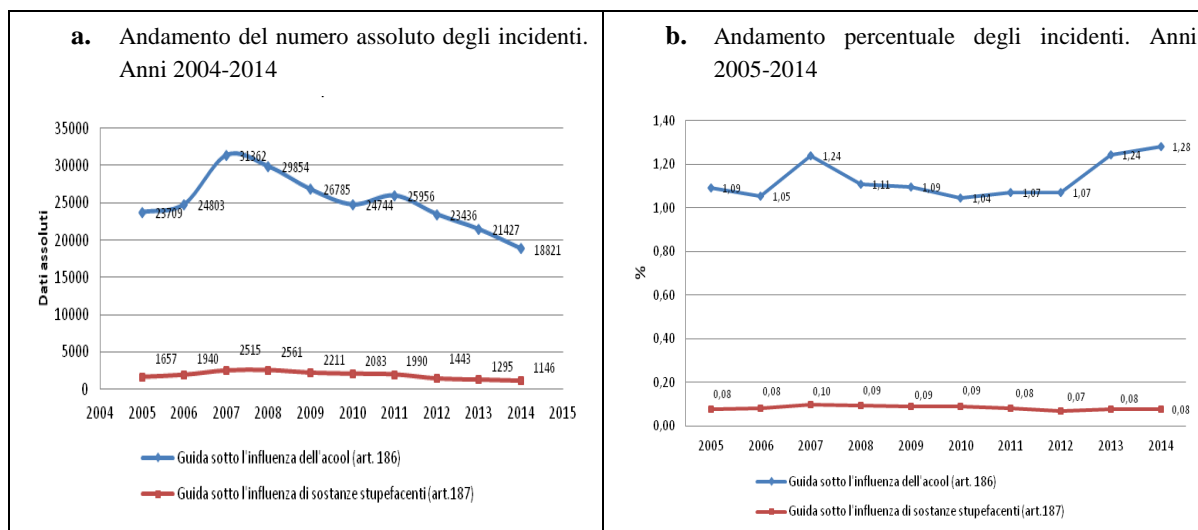


Come si vede la tendenza è simile ma la sottostima dei dati della Polizia Stradale è notevole. Si può però approfondire almeno fino al 2014, utilizzando i dati della Polizia stradale, la percentuale di incidenti per alcool o droghe rispetto al totale degli incidenti secondo questa fonte (Figura 35), da cui emerge che, anche se il numero assoluto degli incidenti diminuisce negli ultimi anni, la percentuale di quelli dovuti ad alcool aumenta notevolmente negli ultimi cinque anni e di quelli dovuti a sostanze stupefacenti rimane costante anziché ridursi.

E' evidente che, per poter programmare interventi di prevenzione, sono necessari dati più specifici, in particolare, sul tipo di incidente e sulle sostanze (compreso poliuso). Anche per poter utilizzare i dati sugli incidenti, come informazione molto importante, per lo studio dei consumatori HRDU, è necessario approfondire le analisi.

A questo scopo si utilizzano dati di un pronto soccorso per un importante approfondimento metodologico con la speranza che nel prossimo futuro dati analoghi siano disponibili a livello nazionale.

Figura 35: Andamento degli incidenti secondo i dati della Polizia Stradale.



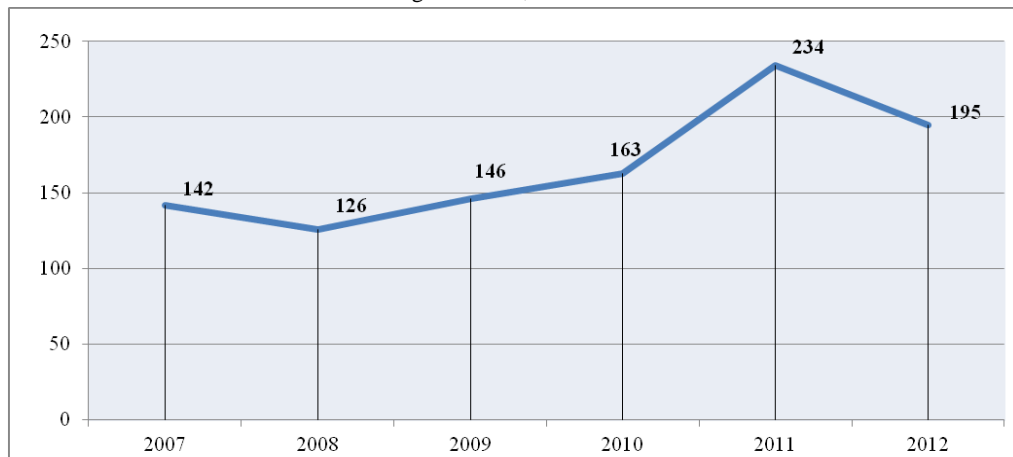
Analisi approfondita sui dati di un pronto soccorso (progetto pilota)

Sulla base dei dati disponibili, si prendono in studio soggetti per i quali era stata avviata la procedura della “catena di custodia” con richieste di esami tossicologici a valenza medico-legale, e per i quali erano scaduti i termini di custodia del campione (12 mesi). Si tratta di 195 pazienti pervenuti al pronto soccorso dell’A.O. San Camillo-Forlanini di Roma nell’anno 2012 in conseguenza ad un incidente stradale. Non è noto, quindi, se tali soggetti abbiano provocato l’incidente o se invece ne siano rimasti coinvolti. Sono anche disponibili dati di anni precedenti.

In genere nell’U.O. Laboratorio Analisi di Biochimica Clinica i metaboliti di cocaina, cannabinoidi, amfetamina, oppiacei e benzodiazepine vengono ricercati nelle urine, mentre l’etanolo viene ricercato nel sangue.

Su tale campione, inoltre, è possibile e interessante anche valutare il poliuso di sostanze, cioè l’assunzione di più sostanze stupefacenti.

Figura 36: Numero di catene di custodia in base agli artt. 186, 186 bis e 187. Anni 2007-2012.

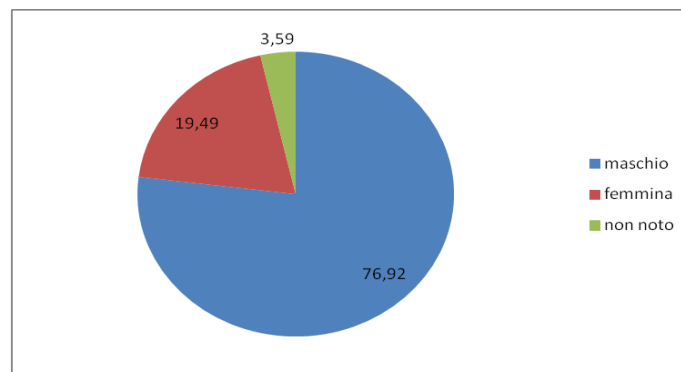


Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Dall'analisi del trend si nota un andamento crescente dal 2008 al 2011, mentre nel 2012 vi è una diminuzione, in particolare la variazione rispetto al 2011 è di -16,6% (195 accessi contro 234), ma nel 2012 è aumentata del 19,6% rispetto al 2010 (195 accessi contro 163).

Nell'anno 2012 il 77% circa dei soggetti soccorsi è di genere maschile ed il 20% circa è di genere femminile. Il rapporto Maschi/Femmine è circa 4.

Figura 37: Caratteristiche dei soggetti soccorsi. Anno 2012.



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Tabella 17: Distribuzione dei soggetti soccorsi per fascia d'età. Anno 2012

Fasce di età	N	%
minore	6	3,1
18-25	39	20,0
26-30	28	14,4
31-40	49	25,1
>40	66	33,8
Non noto	7	3,6
Totale	195	100,0

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

La distribuzione dei soccorsi per fascia di età mostra che le classi che presentano una percentuale più alta sono “>40” (34% circa), “31-40” (25%) e la fascia dei giovani adulti “18-25” anni (20%).

In ordine ai codici di urgenza, vale la seguente tabella:

Tabella 18: Distribuzione del codice di urgenza. Anno 2012

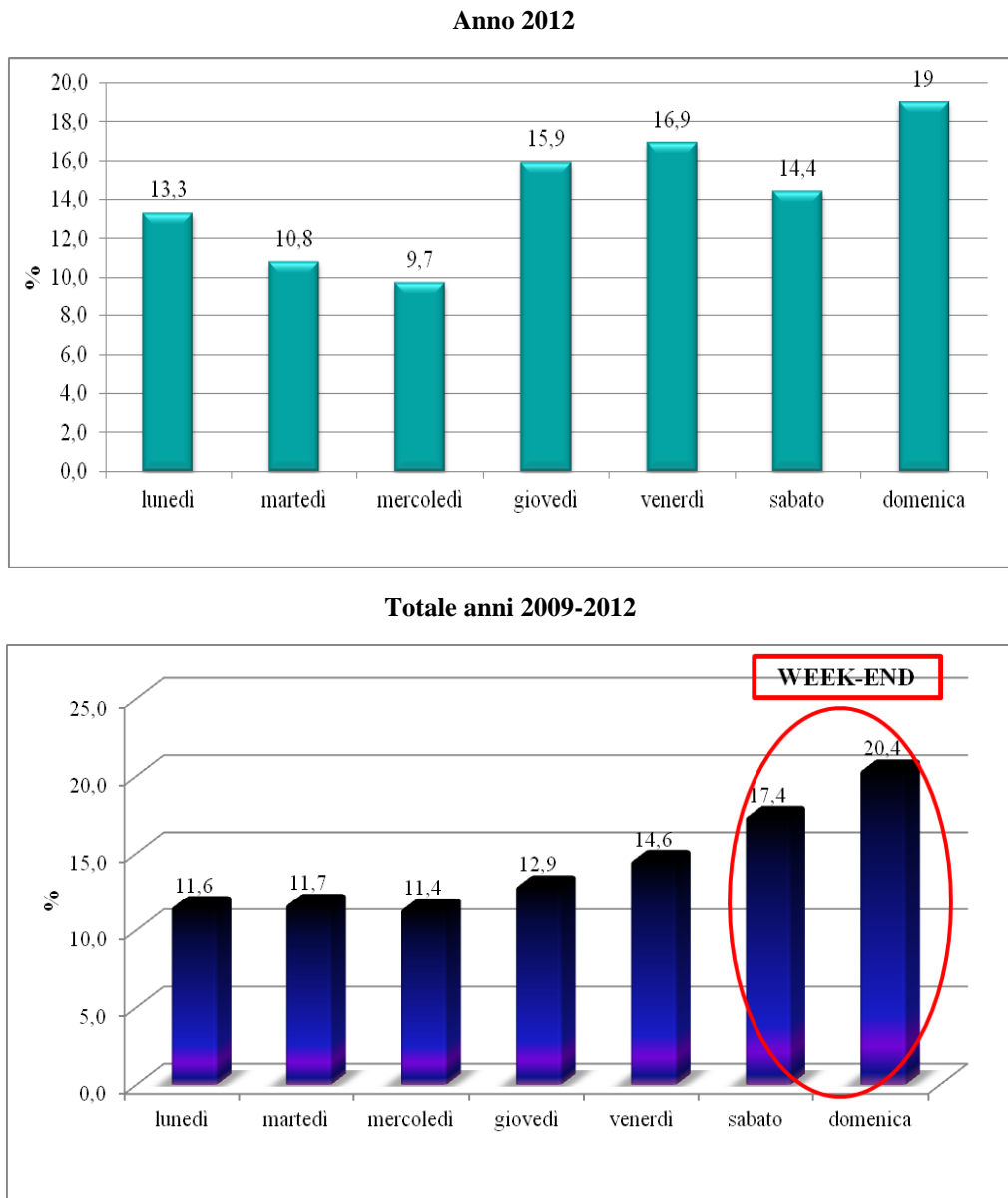
Codice di urgenza	N	%
bianco	3	1,5
giallo	28	14,4
ortogeriatría	1	0,5
P.S.	1	0,5
P.s. ped	2	1,0
rosso	84	43,1
verde	76	39,0
Totale	195	100

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Il codice di urgenza è prevalentemente rosso (43%) o verde (39%).

Per quanto invece riguarda la distribuzione nel corso della settimana, valgono i diagrammi seguenti:

Figura 38: Distribuzione percentuale dei soccorsi per giorno della settimana.



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Dalla

Figura 38 si nota che il maggior numero di soccorsi nel 2012 avviene dal giovedì alla domenica, mentre prendendo in esame i valori cumulati per gli anni 2009-2012 i giorni cruciali risultano quelli del fine settimana.

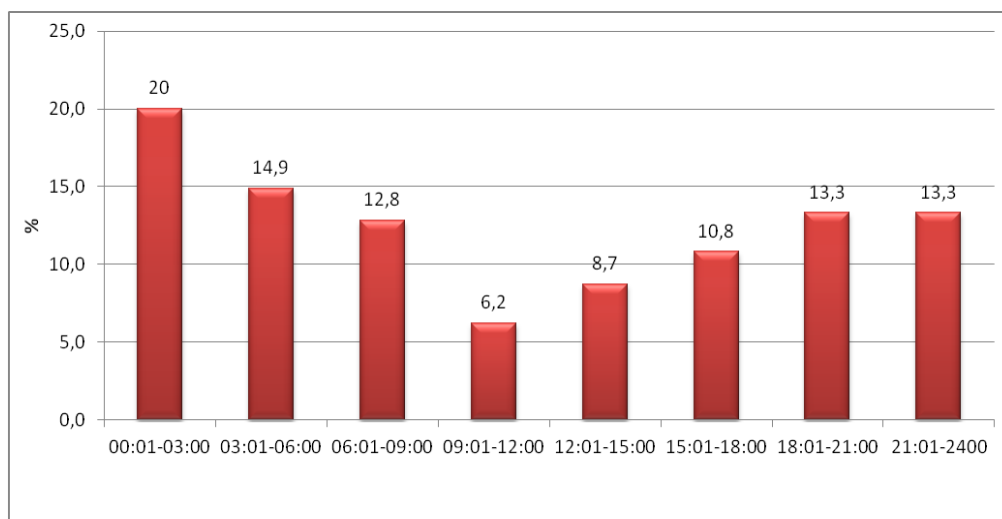
Per l'andamento giornaliero si nota una chiara ciclicità come mostra la Figura 39. La fascia oraria in cui si verificano più soccorsi è quella che va da mezzanotte alle tre del mattino (20% circa); le ore serali e notturne appaiono notevolmente più rischiose di quelle diurne.

La positività ad almeno una sostanza riguarda 97 soggetti (49,7%), ma un'alta percentuale mostra positività a più di una sostanza (in media 1,55 sostanze per soggetto, per un totale di 150 positività rilevate). La distribuzione delle sostanze è riportata nella

Tabella 19 e, in percentuale, nella

Figura 38.

Figura 39: Distribuzione percentuale dei soccorsi per fascia oraria. Anno 2012

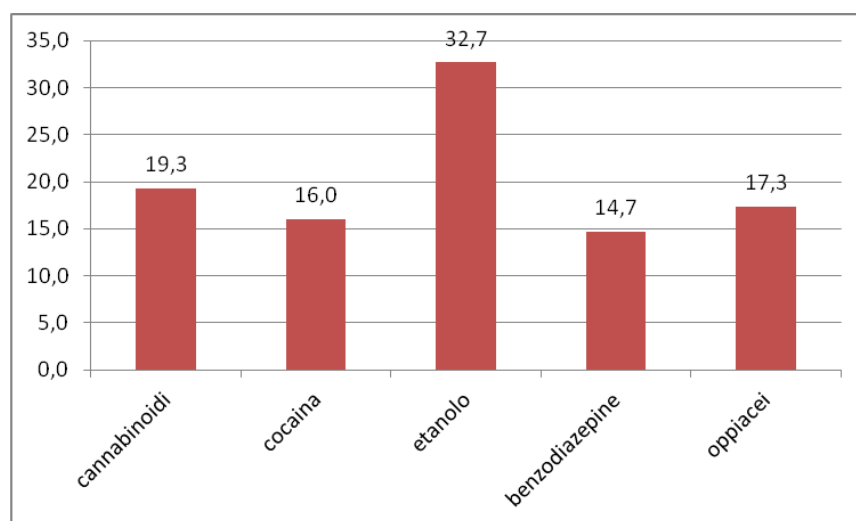


Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Tabella 19: Positività dei soggetti soccorsi per tipo di sostanza. Anno 2012

Positività	N	%
cannabinoidi	29	19,3
cocaina	24	16,0
etanolo	49	32,7
benzodiazepine	22	14,7
oppiacei	26	17,3
Totale	150	100,0

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 40: Rappresentazione grafica della positività per sostanza. Anno 2012

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Per illustrare meglio il fenomeno si può effettuare un'analisi bivariata delle variabili studiate fino ad ora.

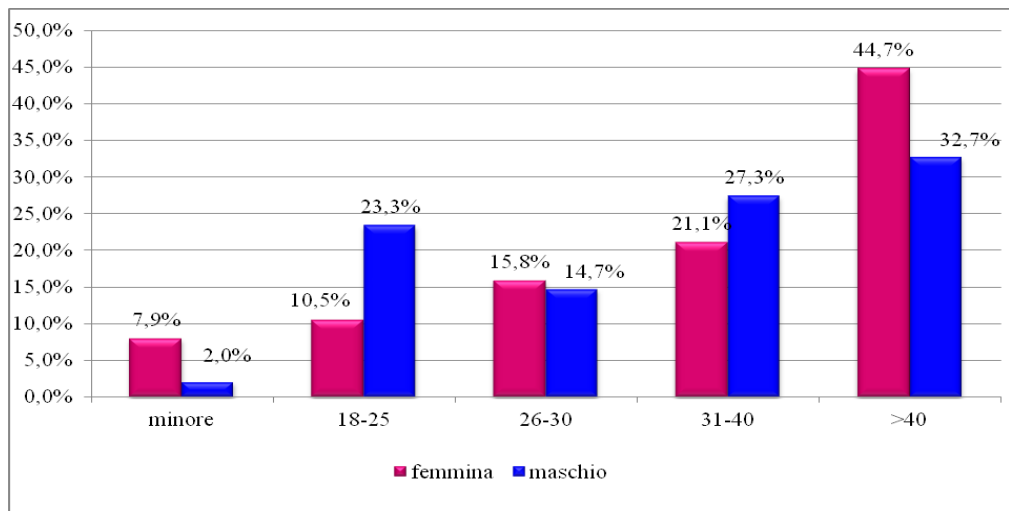
La distribuzione per genere e fascia di età mostra che, sia per le femmine sia per i maschi, la percentuale più alta si rileva in corrispondenza dei soggetti con età maggiore di 40 anni, sebbene per le femmine sia più netta la differenza rispetto alle altre fasce. E' da evidenziare, inoltre, che per il genere femminile un 8% circa è costituito da minorenni, contro solo un 2% per i maschi. Per quanto riguarda il genere maschile, le percentuali della distribuzione sono meno variabili rispetto a quanto visto per le femmine e vi è da segnalare che il 23% è caratterizzato da giovani adulti.

Tabella 20: Distribuzione della fascia d'età condizionata al genere. Anno 2012

Fascia di età/Genere	F	M	Non noto	Totale
minore	3	3	-	6
18-25	4	35	-	39
26-30	6	22	-	28
31-40	8	41	-	49
>40	17	49	-	66
non noto	0	0	7	7
Totale	38	150	7	195

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 41: Distribuzione dei maschi e delle femmine per fascia d'età. Anno 2012

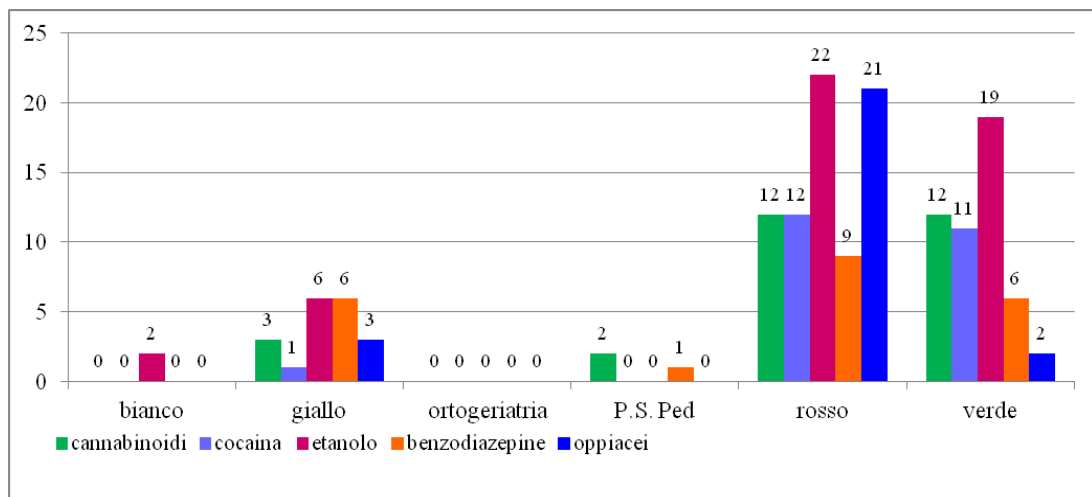


Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

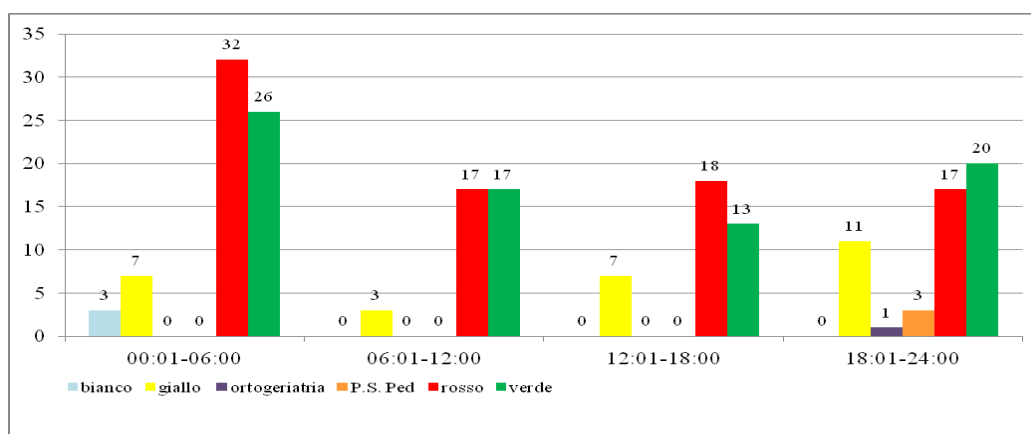
Per quanto riguarda le 150 positività alle sostanze si rileva una differenziazione in base al codice di urgenza, come mostrato in Figura 42 per l'anno 2012. L'etanolo presenta la positività più estesa in tutti i codici. Nel codice rosso è anche alta la presenza di oppiacei, che invece è quasi assente nel codice verde. La presenza di cannabinoidi, come anche di cocaina, è circa la metà di quella dell'etanolo.

La distribuzione del codice di urgenza in base all'orario di soccorso è riportata in Figura 43; quella in base al giorno di soccorso in Figura 44. Si conferma che il codice rosso è maggiormente presente nell'orario notturno fino alle 6 del mattino e i giorni sono quelli della seconda parte della settimana.

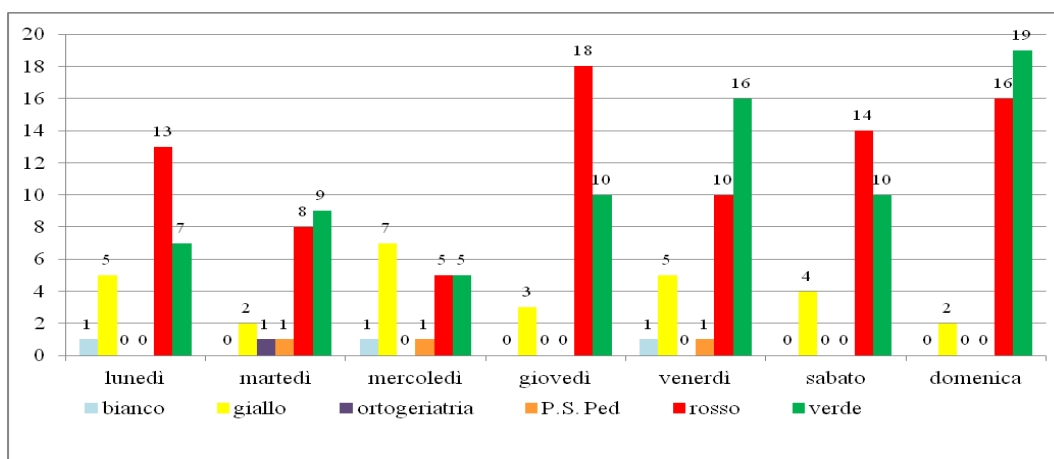
Figura 42: Distribuzione della positività per sostanza secondo il codice di urgenza. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 43: Distribuzione del codice di urgenza secondo l'orario di soccorso. Anno 2012

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

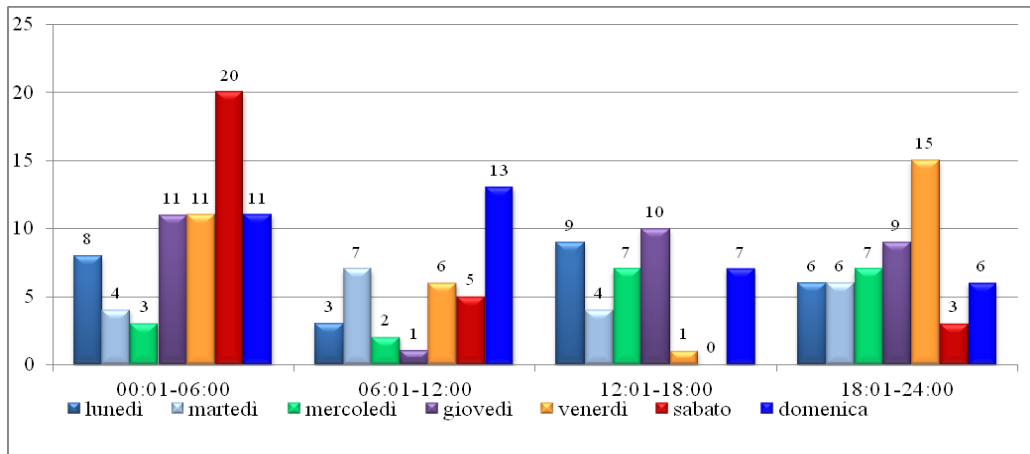
Figura 44: Distribuzione del codice di urgenza secondo il giorno di soccorso. Anno 2012

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Dalla distribuzione del giorno di soccorso secondo l'orario si nota che la frequenza maggiore si rileva il venerdì sera (18:01-24:00), il sabato notte (00:01-06:00) e le prime ore del mattino della domenica (06:01-12:00) come mostrato in Figura 45.

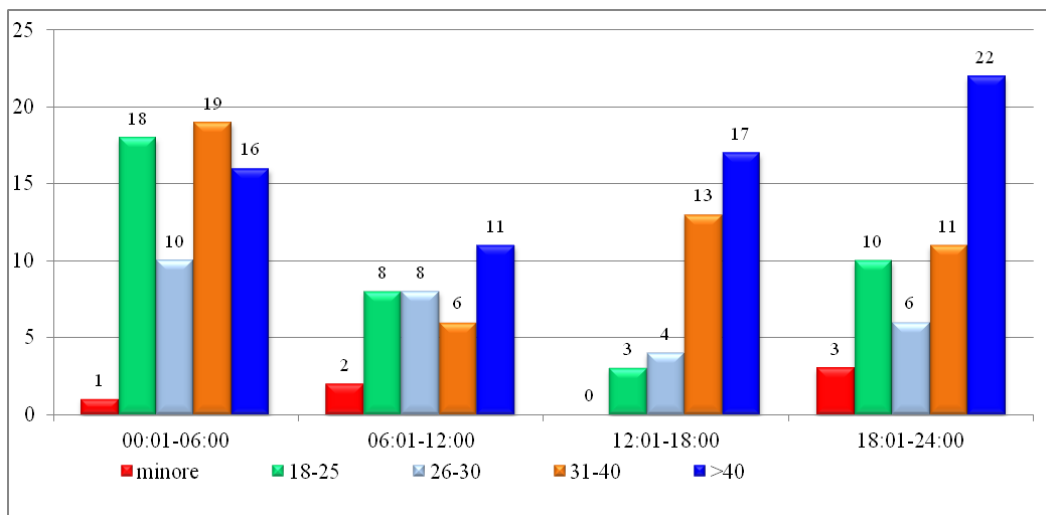
La Figura 46 mette in evidenza che nelle ore notturne (00:01-06:00) i soggetti soccorsi sono principalmente giovani adulti (18-25 anni) e adulti con età 31-40 anni. Persone aventi un'età maggiore dei 40 anni presentano una distribuzione meno concentrata in specifici orari.

Figura 45: Distribuzione del giorno di soccorso secondo l'orario. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

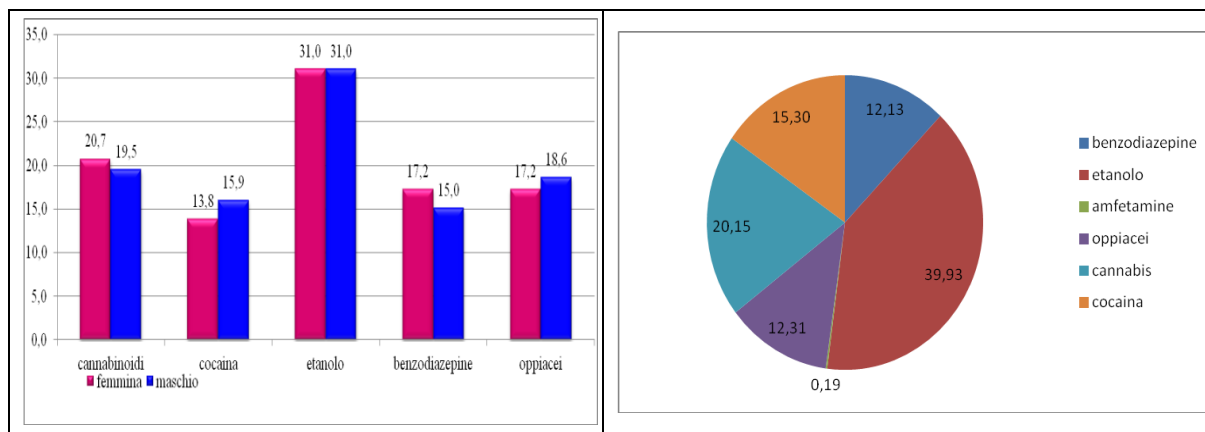
Figura 46: Distribuzione dei soccorsi per fascia di età e orario dei soccorsi. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Analizzando la distribuzione per genere e positività per sostanze, si conferma che la gran parte dei soggetti è positiva all'etanolo. Non si nota gran differenza delle sostanze usate fra maschi e femmine. Le femmine mostrano una lieve maggiore concentrazione in corrispondenza dei cannabinoidi e benzodiazepine; i maschi per oppiacei e cocaina. Se si considera la distribuzione delle sostanze nel periodo 2009-2012, si ha, come mostra il diagramma circolare di Figura 47, una percentuale di cannabis piuttosto bassa rispetto a quella della cocaina, oppiacei e benzodiazepine. Nuovi dati sarebbero molto utili per effettuare un'analisi di correlazione tra tipi di sostanze e rischio di incidenti; si potrebbero individuare altri indici di pericolosità per le sostanze da confrontare con i valori relativi alle conseguenze sulla salute proposti in van Amsterdam et al. (2010).

Figura 47: Distribuzione percentuale dei soccorsi secondo il genere e la positività per tipo di sostanza per l'anno 2012 e delle sostanze per il periodo 2009-2012.



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Per quanto riguarda il poliuso di sostanze, in particolare l'assunzione contemporanea di alcool e/o più sostanze stupefacenti, si riportano di seguito i risultati (

Tabella 21):

Tabella 21: Distribuzione del numero di soggetti positività per numero di sostanze assunte. Anno 2012

N. positività	N	%
0	98	50,3
1	56	28,7
2	30	15,4
3	10	5,1
4	1	0,5
Totale	195	100,0

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Dalla tabella sopra si nota che il 29% circa è risultato positivo ad una sola sostanza, il 15% circa a due sostanze ed il 5% a 3 sostanze. Un soggetto è risultato positivo addirittura a 4 sostanze. La distribuzione del numero di sostanze utilizzate da un singolo soggetto è riportata in

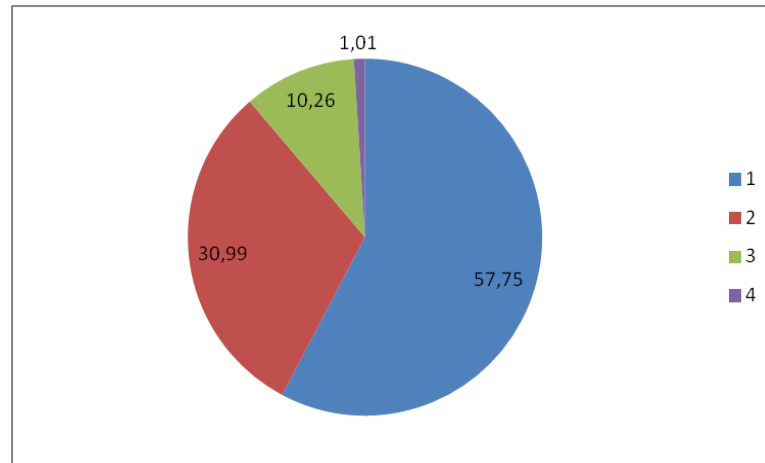
Figura 48. La distribuzione è simile per maschi e femmine per quanto riguarda una sola sostanza mentre per due sostanze sono di più i maschi e per tre sostanze di più le femmine.

La distribuzione di soggetti con diversa positività per fascia d'età è rappresentata nella

Figura 49 insieme alla distribuzione percentuale per ogni fascia d'età. La percentuale maggiore di soggetti positivi all'uso di almeno una sostanza si rileva in corrispondenza della fascia di età "minori", seguita dalle fasce "18-25", dove è superiore alla percentuale di soggetti negativi alle sostanze, e 26-30 (ovvero quelle più giovanili). Considerando i soggetti positivi all'uso di due o tre

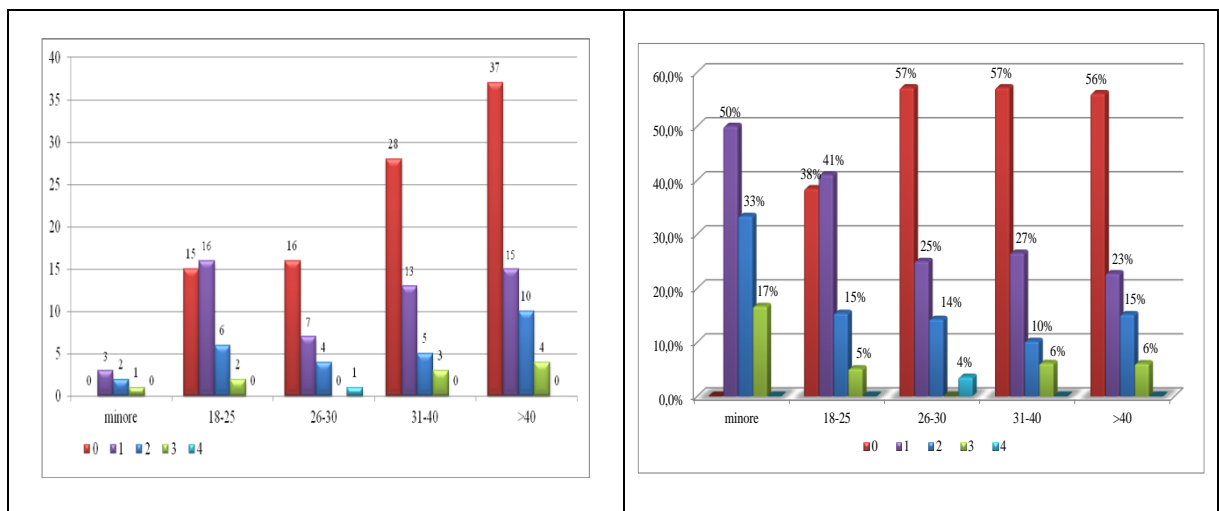
sostanze, la percentuale maggiore è della fascia >40, seguita da “18-25” e “minore. Per confronto, si riporta la stessa distribuzione per tutto il periodo 2009-2012.

Figura 48: Distribuzione percentuale del numero di sostanze per i soggetti positivi. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

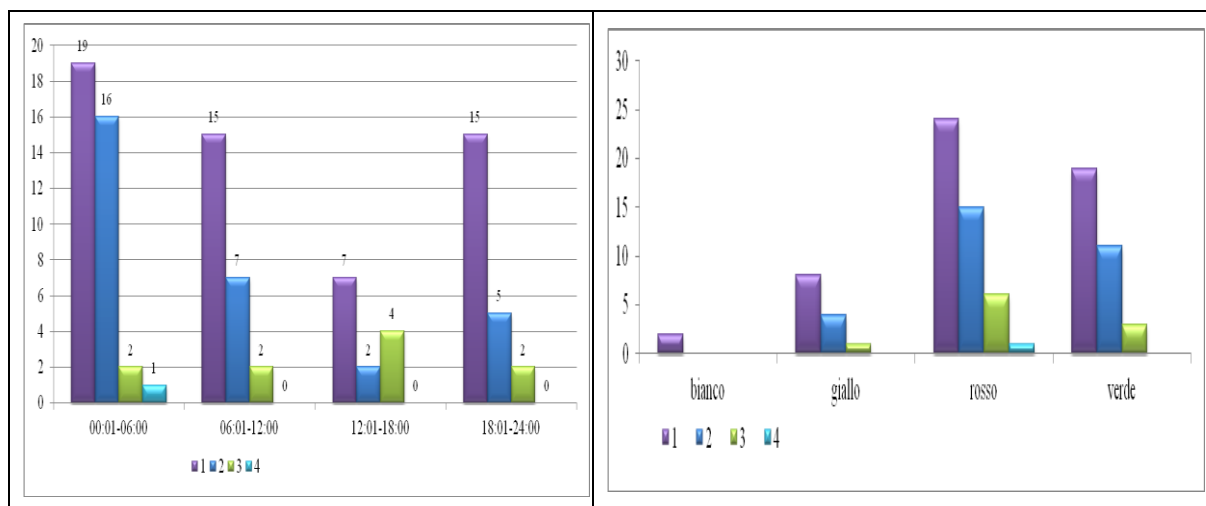
Figura 49: Distribuzione del numero di positivi per fascia d'età e distribuzioni percentuali del numero di sostanze condizionate alla fascia d'età. Anno 2012



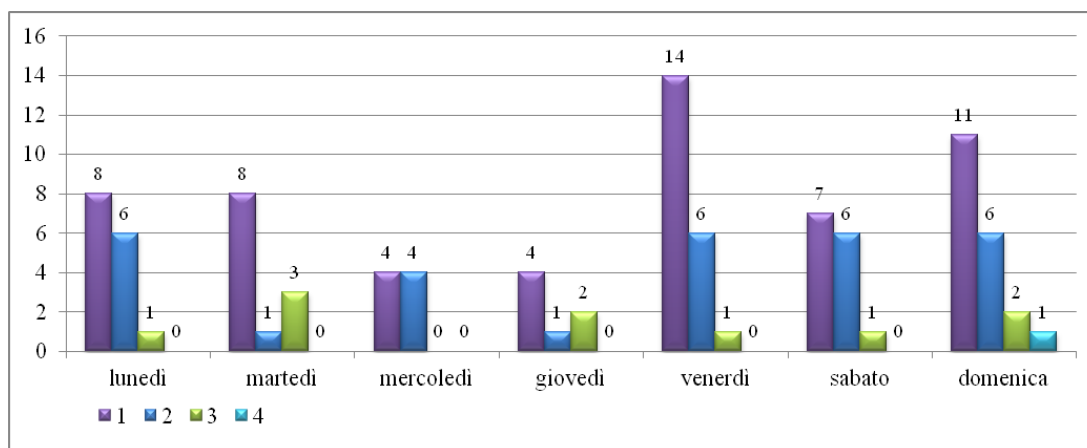
Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

L'orario in cui si rilevano soccorsi di soggetti con maggior uso e poliuso di sostanze è quello che va da mezzanotte alle sei del mattino (Figura 50). Dalla stessa figura si riscontra che il codice d'urgenza relativo al maggiore uso e poliuso è il codice rosso.

Dalla Figura 51 si nota che i giorni in cui gli accessi per soccorso sono costituiti da soggetti con uso e poliuso di sostanze sono quelli relativi al fine settimana e, molto probabilmente, come conseguenza dello stesso, anche al lunedì.

Figura 50: Distribuzione del numero di positività risultanti secondo l'orario di soccorso. Anno 2012

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 51: Distribuzione del numero di positività risultanti secondo il giorno di soccorso. Anno 2012

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Si utilizza in conclusione l'indicatore Poly-Drug Score (PDS), calcolato per ogni soggetto, che rappresenta una misura del danno che l'assunzione di sostanze stupefacenti provoca alla salute (Fabi F. et al. 2014).

Viene utilizzato un punteggio di danno associato a ciascuna sostanza stabilito attraverso un approccio "Delphi" nel 2010 (van Amsterdam et al., 2010). Per ogni individuo, il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi che caratterizzano il danno. Nel caso in esame la frequenza vale 1, dato che non si

conosce la frequenza d'uso delle sostanze, per tutti e quindi si sommano i pesi di danno delle sostanze utilizzate.

Tabella 22: Valori dell'indicatore Poly-Drug Score (PDS) per genere. Anno 2012

Anno 2012	M	F	Media
valore medio PDS	2,84	2,95	2,88
mediana PDS	2,32	2,25	2,32

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

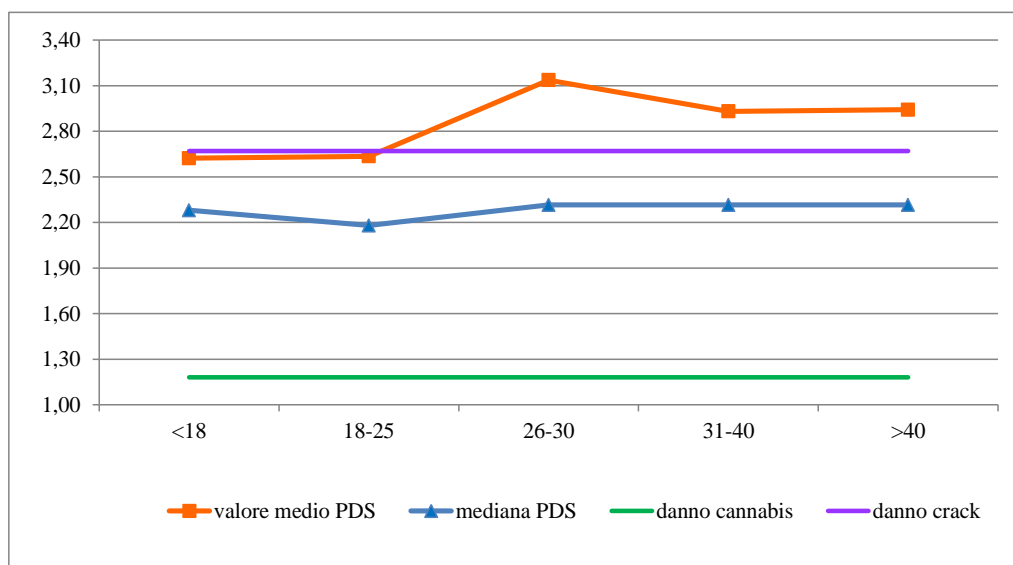
Tabella 23: Valori dell'indicatore Poly-Drug Score (PDS) secondo la fascia di età. Anno 2012

ANNO 2012	valore medio PDS	mediana PDS
<18	2,62	2,28
18-25	2,64	2,18
26-30	3,14	2,32
31-40	2,93	2,32
>40	2,94	2,32

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Il punteggio medio è leggermente più alto nelle femmine (2,95) che nei maschi (2,84); mentre, per quanto riguarda la fascia di età, il valore medio e mediano più alto del PDS si rileva in corrispondenza dei soggetti con età 26-30 anni.

I valori della mediana, come ci si poteva aspettare, sono meno variabili rispetto ai valori medi (più influenzati dai punteggi estremi). Si concentrano sostanzialmente intorno a 2,20-2,30, quindi al di sotto del punteggio di danno dell'uso di solo crack, ma molto al di sopra del punteggio di danno dell'uso di sola cannabis.

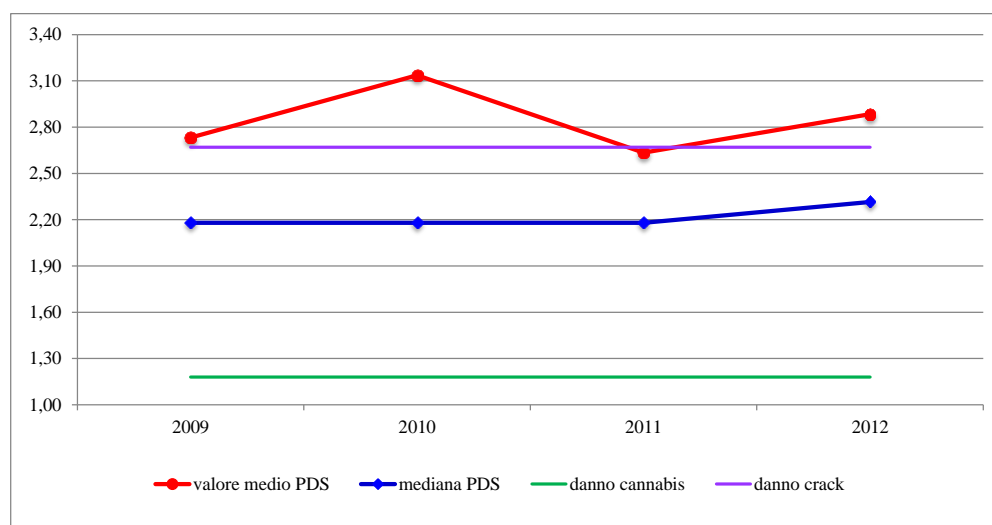
Figura 52: Rappresentazione grafica del valore medio e mediano secondo la fascia di età. Anno 2012

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

La Figura 53 mostra che nel 2012 vi è un aumento del valore del PDS rispetto al 2011 (oltre 2,20 per la mediana e oltre 2,8 per la media), anche se resta al di sotto dei valori raggiunti nel 2010.

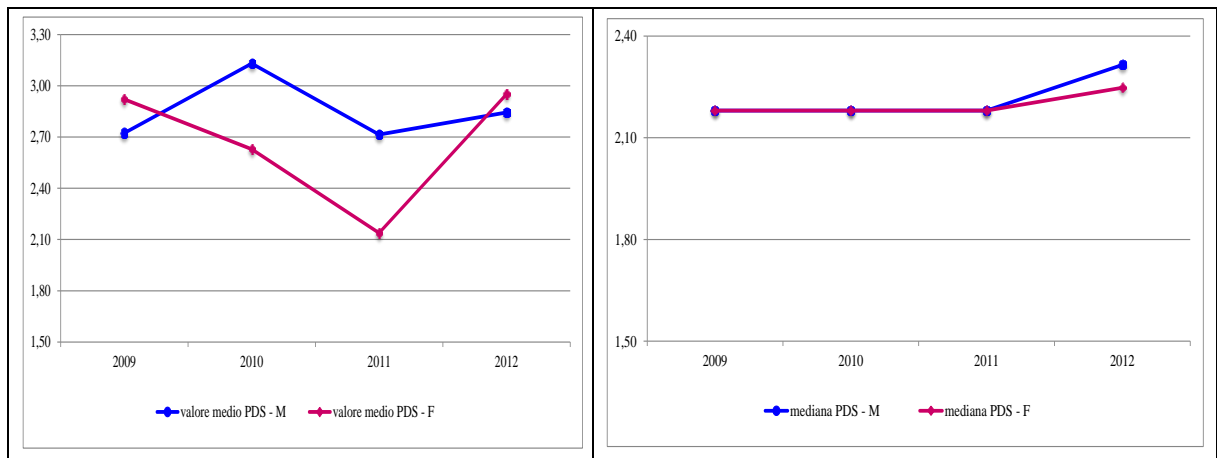
Considerando negli anni l'andamento della media e della mediana di PDS per genere si ottiene l'andamento rappresentato in Figura 54.

Il valore del Poly-Drug Score risulta essere tendenzialmente maggiore negli uomini rispetto alle donne. Nell'anno 2012, coerentemente con quanto visto in precedenza, si rileva un aumento particolarmente evidente nelle donne (valore medio poco oltre 2,10 nel 2011 e intorno a 3 nel 2012).

Figura 53: Trend del punteggio dell'indicatore PDS. Anni 2009-2012

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 54: Rappresentazione grafica del punteggio secondo il genere. Anni 2009-2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

L'analisi dei dati mostra che i soccorsi per incidente avvengono maggiormente nei giorni del week-end, giorni in cui i giovani adulti (18-25 anni) e gli adulti (31-40 anni) magari escono per qualche serata in cui bevono alcol e/o fanno uso di sostanze stupefacenti. I soggetti più grandi (>40 anni), invece, tendono ad assumere tali tipi di comportamento con pari frequenza sia durante l'arco della giornata sia durante l'intera settimana. Un fatto rilevante, da sottolineare, è che una discreta parte degli individui soccorsi dopo incidente è risultata positiva a più di una sostanza. Tali comportamenti a rischio sono associati a soccorsi con codice prevalentemente rosso e verde (il codice giallo in misura minore).

Ringraziamento.

Si ringrazia il Professor Langravinese per aver consentito la pubblicazione del lavoro (Langravinese et al., 2015) su una rivista internazionale e di utilizzare i dati anche per la Relazione al Parlamento 2015.

Incidenti stradali: fonte ASAPS

L'ASAPS, Associazione Sostenitori ed Amici della Polizia Stradale, tramite il suo impegno a favore della Sicurezza Stradale, è presente in tutti gli uffici ed i comandi della Polizia Stradale ed in molti della Polizia Locale. In particolare l'Osservatorio "Il Centauro" rileva i dati relativi agli incidenti stradali, (incidenti nel fine settimana con relative conseguenze, episodi di pirateria e altri casi di violazione della sicurezza stradale).

Nel complesso, gli incidenti sono passati da 34.199 nel 2013 a 32.123 nel 2014, con un decremento pari al 6,1%. Le vittime coinvolte sono passate da 887 a 869 (-2%) e i feriti da 25.805 sono scesi a 24.279, con 1.526 ingressi in meno nei pronti soccorso.

Per le vittime più giovani il dato è in aumento: i ragazzi con meno di 30 anni che hanno perso la vita nel 2014 sono stati 286, contro i 276 del 2013 (+3,6%)⁸⁵.

⁸⁵ Maggiori informazioni sono disponibili sul sito <http://www.asaps.it/>

Appendice

Tabella dei punteggi di danno alla salute derivati dal lavoro (van Amsterdam et al. 2010).

Substance	Overall physical harm score (W)
Crack Cocaine	2,67
Heroin	2,51
Alcohol	2,18
Methamphetamine	2,18
Methadone	2,12
Cocaine	2,07
Amphetamine	1,88
GHB	1,47
Benzodiazepines	1,31
Buprenorphine	1,30
Cannabis	1,18
Ketamine	1,05
Ecstasy	1,03
Methylphenidate	0,87
Anabolic steroids	0,81
Khat	0,73
LSD	0,61
Magic mushrooms	0,28

Bibliografia

Francesco Fabi, Alessia Mammone and Carla Rossi, (2014). New indicators of illegal drug use to compare drug user populations for policy evaluation, *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 11-2, 8891-1/8891-7.

Giovanni Michele Lagravinese, Alessia Mammone, Carla Rossi, Miriam De Vita, Valeria Marino, Alessandro Feola, Luigi Tonino Marsella. (2015). The frequency of polydrug use in a driving population in Rome. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, vol. 12-1, suppl.1.

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

3. Altre dipendenze: dati sul tabagismo

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità

L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) è l'organo ufficiale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che ha come obiettivo di informare e formare in materia di tabagismo, alcolismo, tossicodipendenze e doping.

L'OssFAD realizza annualmente il Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito del quale viene presentato il Report Nazionale sul Fumo in Italia, indagine che l'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Istituto Mario Negri commissiona alla Doxa sull'abitudine al fumo degli italiani. L'indagine campionaria ha previsto interviste personali, svolte con sistema C.A.P.I. (Computer Assisted Personal Interview) da intervistatori opportunamente istruiti e controllati, su un campione nazionale rappresentativo della popolazione italiana adulta di 15 anni ed oltre. Le interviste sono state realizzate da marzo ad aprile 2015 in 110 Comuni di tutte le Regioni italiane.

La sintesi del Rapporto 2015 sul fumo

La prevalenza di fumatori - Il Rapporto 2015 sull'abitudine al fumo degli italiani indica che i fumatori in Italia sono il 20,8% della popolazione, pari a 10,9 milioni di persone. I fumatori maschi rappresentano il 25,1% degli italiani, le fumatrici, il 16,9%. Gli ex fumatori sono 6,3 milioni, il 12,1% della popolazione.

Prendendo in considerazione la serie storica relativa alla prevalenza del fumo di sigarette secondo le indagini DOXA condotte tra il 1975 ed il 2015 (Figura 55) è possibile osservare come, a partire dall'entrata in vigore della legge antifumo del 16 gennaio 2003 n. 3 (G.U. n. 15 del 20/01/2003, Suppl. Ord. n. 5), la percentuale dei fumatori sia regolarmente diminuita fino ad attestarsi attorno ad un valore medio pari al 20% della popolazione: tale valore negli ultimi sei anni non sembra più subire significative oscillazioni. (20,8% nel 2015).

La fascia d'età 25-44 anni è quella ove si colloca la percentuale più elevata di fumatori di sesso sia maschile (30,7%), che femminile (22,4%). Per contro, tra gli over 65 si rilevano le percentuali meno elevate di fumatori di entrambi i sessi (14,2% per gli uomini, 6,7% per le donne).

Oltre il 76% dei fumatori dichiarano di consumare più di 10 sigarette al giorno, mentre circa l'83% dei fumatori di età compresa tra 15 e 24 anni dichiara di fumare meno di 15 sigarette al giorno.

L'età media in cui si inizia a fumare è di 17,9 anni, con uno scarto di circa due anni tra maschi e femmine (17,0 nei maschi e 19,1 nelle femmine). Circa il 73% dei fumatori ha iniziato tra i 15 e i 20 anni. Particolare preoccupazione desta il dato relativo al 12,9% dei fumatori che hanno iniziato prima dei 15 anni. Il motivo principale per il quale oltre il 60% dei giovani e non giovani fumatori hanno iniziato a fumare è legato alle situazioni ludiche o ricreative in compagnia di amici e compagni di scuola. L'influenza dei "pari" è una costante nell'iniziazione al fumo di tabacco.

Interessante notare che il 43,7% degli Italiani pratica (anche solo occasionalmente) almeno un gioco d'azzardo, ma tra i fumatori il dato dei praticanti anche occasionali sale al 53,4%.

Tipologia di consumo – Il 95,4% dei fumatori consuma prevalentemente sigarette confezionate mentre il 17% dei fumatori utilizza, anche o esclusivamente, sigarette fatte a mano (tabacco trinciato). Questa particolare tipologia di prodotto non risente di differenze di genere ma è particolarmente gradita ai giovanissimi di entrambi i sessi (15-24 anni) che ne sono i principali consumatori (31,5%). Il gradimento di questo prodotto è verosimilmente legato al prezzo inferiore rispetto al pacchetto tradizionale ma anche al ruolo che la “moda” ha nell’orientare la scelta nei giovani consumatori. Comunque, rispetto alla crisi economica solo il 16% dei fumatori dichiara di fumare un numero di sigarette inferiore, mentre il 62,3% dichiara di non aver cambiato abitudini tabagiche e il 19,4% di fumare sigarette meno costose.

Rispetto ai canali di acquisto delle sigarette la grande maggioranza dei fumatori (88,2%) acquista presso i tabaccai, l’8% acquista dai distributori automatici e il 3,3% da altri canali (es. internet).

La sigaretta elettronica – La sigaretta elettronica (e-cig) da alcuni anni rappresenta un vero e proprio fenomeno socio economico. L’indagine DOXA, già dal 2013, ha fotografato per la prima volta quali siano state le risposte dei fumatori italiani all’introduzione sul mercato di un prodotto che si pone come alternativo alla sigaretta tradizionale.

I risultati dell’indagine mostrano che dal 2013 quando gli utilizzatori erano circa 2 milioni di persone (1,6 milioni consumatori occasionali e 500 mila consumatori abituali) l’uso della sigaretta elettronica si è più che dimezzato. Nel 2015 infatti i consumatori abituali sono circa 350 mila e quelli occasionali 200 mila.

Verosimilmente le maggior parte delle persone utilizzano la e-cig come mezzo per ridurre o smettere di fumare: a proposito di ciò, il 20,1% dichiara di aver smesso di fumare le sigarette tradizionali, mentre il 37,7% ne ha diminuito leggermente o drasticamente il numero. Il 33,5% dichiara di non aver modificato le abitudini tabagiche e quindi di aver aggiunto l’uso della e-cig a quello delle sigarette tradizionali.

Il Telefono Verde contro il Fumo – Il Ministro della Salute con Decreto del 25 ottobre 2012 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23 novembre 2012) ha inserito tra le avvertenze supplementari sull’etichettatura dei prodotti del tabacco “*Telefono verde contro il fumo: 800554088 – Istituto Superiore di Sanità*”. Conseguentemente il TVF dell’OssFAD ha, durante l’anno 2014, decuplicato il numero di telefonate ricevute da cittadini che principalmente chiedono informazioni per essere aiutati a smettere di fumare (5414 telefonate, 3477 di fumatori e 1937 di fumatrici).

Smettere di fumare – Nel 2015 il 26,3% dei fumatori ha tentato senza successo di smettere di fumare, nel 81,6% dei casi lo hanno fatto senza alcun tipo di supporto. D’altro canto il 53,6% dei fumatori intervistati dichiara di non aver ricevuto, nel corso dell’ultimo anno, dal proprio medico alcun suggerimento di smettere di fumare. L’età media in cui si smette di fumare è di 42,4 anni, essenzialmente per la maggior consapevolezza dei danni provocati dal fumo e/o per motivi di salute.

L’OssFAD come tutti gli anni aggiorna il censimento dei servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (centri antifumo, CA) del SSN dedicati alla cura del tabagismo e dei problemi fumo-correlati. I CA del SSN sono 313 e 55 sono della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Il 57,3% dei CA sono collocati nel nord Italia, il 18,5% nel centro e il 24,2% nel sud e isole. Gli utenti trattati dai CA nell’anno 2014 sono stati 17.782.

Figura 55: Prevalenza del fumo di sigaretta (valori %): anni 1975-2013.

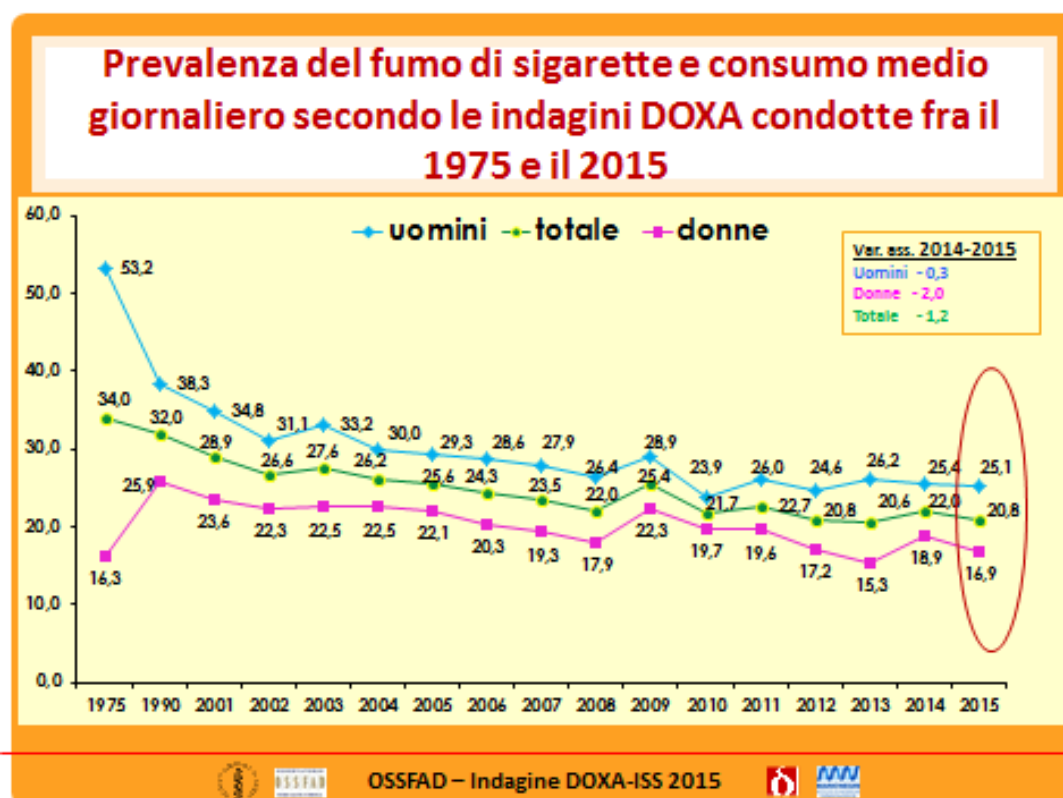
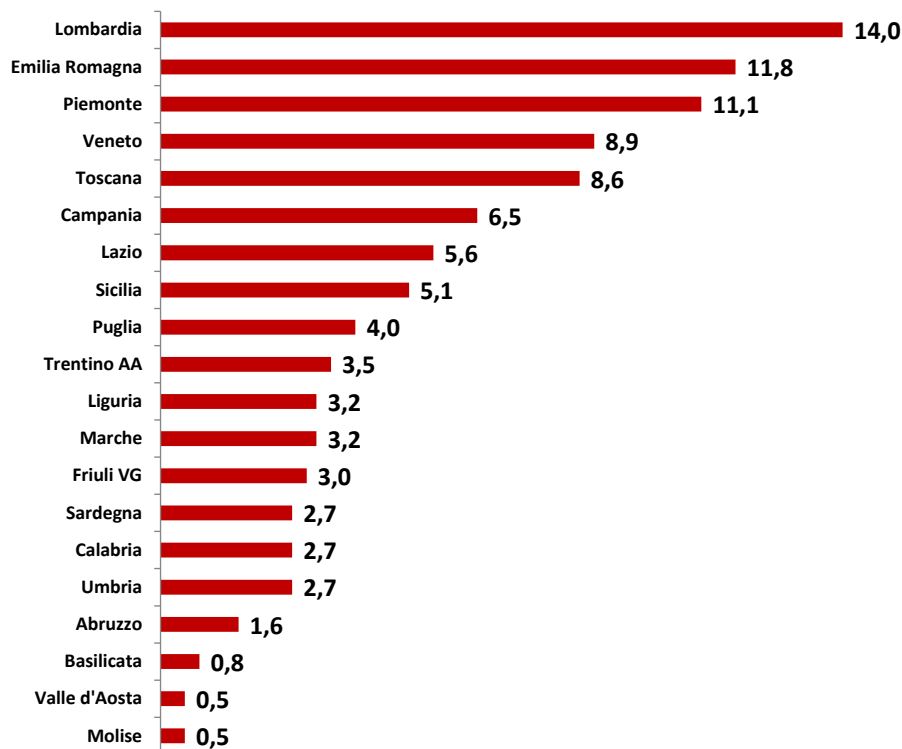


Figura 56: Distribuzione dei Centri Antifumo sul territorio nazionale (valori %).



4. Altre dipendenze: il disturbo da gioco d'azzardo

A cura del Ministero della Salute

Cenni epidemiologici e quadro giuridico di riferimento

Il Gioco d'azzardo patologico (GAP) veniva classificato nel DSM-IV-TR, il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali della Associazione Americana di Psichiatria, tra i Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, come "un comportamento persistente, ricorrente, e mal adattativo di gioco d'azzardo, che compromette le attività personali, familiari, o lavorative.

Si configurava perciò come una vera e propria malattia quando l'impulso a giocare, ripetitivo e non più controllato, diventa l'interesse primario della propria vita e può essere affiancato da azioni illegali per procurarsi crescenti quantità di denaro.

La versione successiva del manuale diagnostico statistico delle malattie mentali (il DSM V pubblicato dall'APA nel 2013) inserisce il "gambling disorder", disturbo da gioco d'azzardo, nel capitolo più ampio dei disturbi correlati all'uso di sostanze o altre forme di dipendenza, collocandolo nella sottocategoria di "dipendenza sine substantia", non correlata cioè all'uso e abuso di determinate sostanze, legali o illegali.

Non vi sono dati statistici completi ed esaurienti sulle persone che soffrono di questo disturbo, anche perché il confine tra il comportamento fisiologico, che viene cioè considerato come attività ricreativa e piacevole ed accettata socialmente e quello francamente patologico, non è sempre ben delineato e passa attraverso uno stato intermedio, il cosiddetto gioco d'azzardo problematico, caratterizzato da un aumento del tempo e delle spese dedicati al gioco con vincite in denaro, con comportamento a rischio per la salute e necessità di diagnosi precoce ed intervento.

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, come anzidetto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno.

In ogni caso i dati epidemiologici disponibili in Italia non si discostano molto da quelli internazionali. Secondo i dati del Rapporto Eurispes 2009, in Italia il gioco d'azzardo coinvolge fino al 70-80% della popolazione adulta (circa 30 milioni di persone).

La popolazione italiana è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% ha giocato d'azzardo con vincite in denaro almeno una volta negli ultimi 12 mesi. La stima però dei giocatori d'azzardo "problematici" (cioè di coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro ma che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica pur essendo a forte rischio evolutivo) varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale (da 767.000 a 2.296.000 italiani adulti) mentre la stima dei giocatori d'azzardo "patologici" (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza patologica incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2% (da 302.000 a 1.329.000 italiani adulti). Da alcune osservazioni inoltre emergerebbe che il 60% degli introiti totali da gioco (almeno per quanto riguarda le slot machine) sarebbero alimentati proprio da questa quota minoritaria di giocatori patologici più vulnerabili.

Si tratta di soggetti particolarmente vulnerabili che per una serie di fattori, individuali (di tipo neuro-psichico), familiari ed ambientali, se esposti allo stimolo del gioco e/o a pubblicità incentivanti il gioco, possono sviluppare una vera e propria patologia. Questo dato, ormai consolidato dalle

evidenze scientifiche, impone a tutte le amministrazioni di riferimento l'adozione di strategie e misure contenitive del fenomeno.

L'indagine conoscitiva (student population survey) condotta negli anni 2012-2013 dal DPA sulla popolazione studentesca (15-19 anni), ha messo in evidenza la pratica del gioco d'azzardo nel 49,4% degli intervistati.

Questa popolazione è composta da una quota di giocatori sociali (39,0%), da giocatori problematici (7,2%) e da giocatori patologici (3,2%).

I soggetti di genere maschile hanno una prevalenza di gioco nettamente superiore rispetto a quelli di genere femminile (59,2% vs 37,1%)

Una interessante anche se preoccupante associazione è stata trovata tra frequenza della pratica del gioco d'azzardo e consumo di sostanze che evidenzia una correlazione lineare tra le due condizioni sia nella popolazione giovanile (15-19 anni) sia in quella generale (15-64 anni).

Il problema esiste ed è andato crescendo in questi ultimi anni anche a causa della sempre maggiore diffusione delle opportunità di gioco tramite internet e le nuove applicazioni degli smart-phone.

Sul piano legislativo il Ministero della Salute è intervenuto incisivamente sulla materia, facendosi promotore del decreto legge 13 settembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (GU n. 263 del 10-11-2012 convertito con legge 8 novembre 2012 n.189. (così detto Decreto Balduzzi)

L'articolo 5 del decreto legge sopra menzionato prevede l'aggiornamento dei LEA per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da ludopatia

L'aggiornamento dei LEA è tutt'ora in fase di approvazione, tuttavia, già da diversi anni le Regioni hanno preso in carico i soggetti affetti da disturbo da gioco d'azzardo, compatibilmente con le risorse esistenti, attraverso i propri Servizi per le Dipendenze, fornendo loro assistenza e trattamenti.

Gli interventi offerti sono soprattutto il sostegno psicologico individuale e/o del nucleo familiare e il counselling.

Tutte le realtà hanno in trattamento pazienti affetti da disturbo da GAP per un totale di 12.376 pazienti.

Nell'articolo 7 comma 3 quater, del decreto Balduzzi, viene vietata la messa a disposizione presso qualsiasi pubblico esercizio di apparecchiature che, attraverso la connessione telematica, consentano ai clienti di giocare sulle piattaforme di gioco messe a disposizione dai concessionari on-line, da soggetti autorizzati all'esercizio dei giochi a distanza, ovvero da soggetti privi di qualsivoglia titolo concessorio o autorizzatorio rilasciato dalle competenti autorità.

I commi successivi, dal 4 al 9 del medesimo articolo prevedono, tra l'altro, una serie di divieti e di disposizioni sui messaggi pubblicitari e sulla pubblicità dei giochi che prevedono vincite in denaro e formule di avvertimento sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro sugli apparecchi e nelle sale in cui sono installati i video terminali. Sono inoltre fissate le sanzioni amministrative per l'inosservanza delle norme.

La legge 23 dicembre 2014 n.190, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015), pubblicata sulla G.U n. 190 del 29.12.2014, S.O n.99, ha destinato, a partire dal 2015, una quota annua di 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo.

Di tale quota, un milione di euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017, è destinato per la sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia, mediante l'adozione di software che consentano al giocatore di monitorare il proprio comportamento generando conseguentemente appositi messaggi di allerta.

La medesima legge stabilisce inoltre che il Ministero della Salute adotti linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dalle patologie connesse al gioco d'azzardo e che venga trasferito al Ministero della Salute l'Osservatorio istituito dal Decreto Balduzzi presso l'Agenzia delle Dogane e i Monopoli di Stato, al fine di realizzare il monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e della efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese.

La composizione dell'Osservatorio verrà rideterminata con Decreto interministeriale del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze, assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle Regioni e degli Enti locali, nonché delle associazioni operanti nel settore, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

(Il Decreto è stato predisposto dal Ministero della Salute ed è in fase di perfezionamento).

Questa iniziativa intende richiamare l'attenzione sul versante sanitario del disturbo da gioco d'azzardo, sottolineando l'importanza di intervenire con azioni efficaci di prevenzione e cura del fenomeno

Compito dell'Osservatorio sarà certamente anche quello prioritario di ottenere un quadro più dettagliato ed aderente alla realtà del fenomeno e dati epidemiologici attendibili, in collaborazione con le Regioni e i Servizi regionali per le dipendenze.

Lo strumento dell'Osservatorio sopra citato potrà consentire al Ministero della Salute, nel confronto con le Regioni, gli esperti della materia, le associazioni dei genitori e dei consumatori, di esaminare e discutere tutti gli aspetti che possono contribuire a limitare il fenomeno, come quelli relativi alla diffusione sul territorio dei punti di gioco, alle condizioni igienico-sanitarie ed ambientali relative, alle modalità di approccio al gioco soprattutto negli adolescenti e nei giovani, all'organizzazione dei servizi per le dipendenze e così via, orientando nel contempo le scelte dei legislatori.

Si fa presente inoltre che già nel 2013 la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute aveva invitato le Regioni ad effettuare, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, la verifica dei fattori di rischio e della salubrità delle sale da gioco, con riferimento in particolare ai parametri microclimatici ed ambientali generali.

Le verifiche sono ancora in corso ed al momento le risposte sono state molto limitate mettendo comunque in evidenza alcuni casi particolari di gravi inadempienze, anche sul piano autorizzatorio.

Le nuove risorse previste dalla Legge di stabilità, che devono essere dedicate alle attività assistenziali specifiche per il trattamento dei disturbi da gioco d'azzardo, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo connesso al rispetto degli adempimenti LEA, ancorchè probabilmente sotto stimate per una completa risposta dei Servizi alla problematica del disturbo da gioco d'azzardo, contribuiranno sostanzialmente ad elevare il livello delle prestazioni ed il Ministero della Salute sarà chiamato a svolgere, in piena collaborazione con le Regioni, un compito di monitoraggio dell'assistenza.

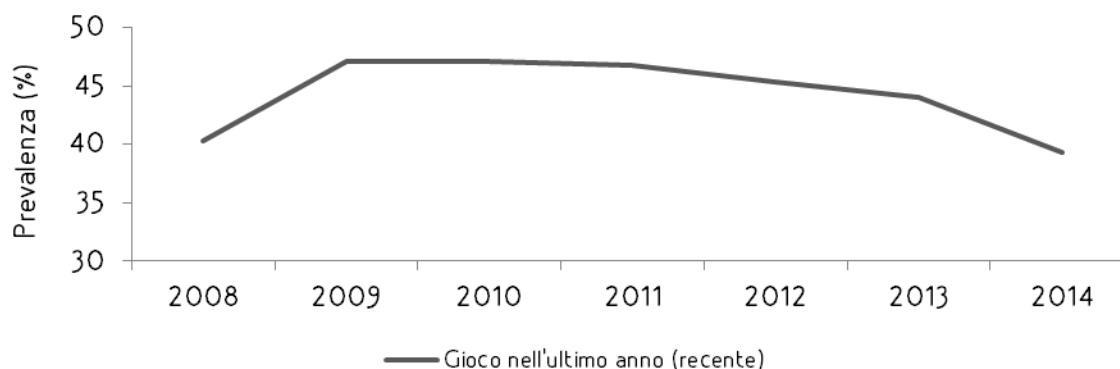
4.1 Il gioco d'azzardo tra gli studenti italiani

Dal 2008 nello studio ESPAD@Italia, oltre alle parti relative al consumo delle sostanze psicoattive, è stata introdotta una sezione specificatamente dedicata alla pratica del gioco d'azzardo e alla sua diffusione, includendovi il test di screening SOGS-Ra - South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents (Winters et al., 1993; Poulin, 2002), validato a livello nazionale (Colasante et al., 2014), che permette di classificare il comportamento di gioco sulla base del grado potenziale di problematicità.

4.1.1 Gioco e contesti

In Italia poco meno della metà (46,7%) degli studenti di 15-19 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita e sono il 39,3% quelli che l'hanno fatto nell'anno antecedente la rilevazione (giocatori recenti), evidenziando, per questi ultimi, un decremento delle prevalenze che dal 47% del triennio 2009-2011 passano al 45% del 2012 e al 44% del 2013.

Figura 57: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno. Trend anni 2008-2014



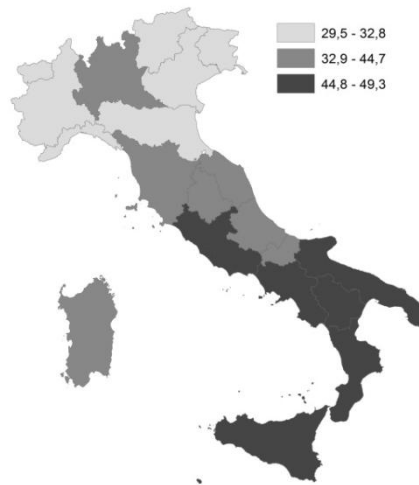
ESPAD@Italia

Il gioco d'azzardo fa registrare prevalenze annuali superiori alla media nazionale nelle regioni meridionali e nel Lazio (con valori compresi tra 44,8% e 49,3%), mentre in quelle settentrionali, ad eccezione della Lombardia, gli studenti risultano in quota inferiore (con un range di valori compresi tra 29,5% e 32,8%).

Pur registrando valori progressivamente in diminuzione, nel corso degli anni il quadro non subisce rilevanti modificazioni: le prevalenze regionali aumentano gradualmente passando dalle aree settentrionali a quelle meridionali, fatta eccezione per la regione Lazio che riporta valori sempre superiori alla media nazionale annua.

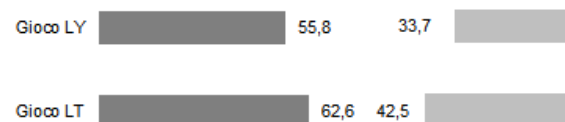
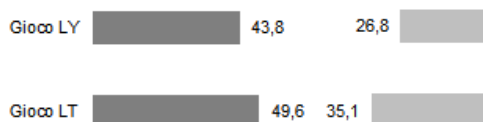
Figura 58: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno. Anno 2014

STIME DI PREVALENZA - GIOCO D'AZZARDO NELL'ULTIMO ANNO ESPAD Italia 2014



ESPAD@Italia 2014

Il 53% dei maggiorenni ed il 42% dei minorenni ha già provato a giocare d'azzardo almeno una volta nella vita e sono il 45% e 35% quelli che l'hanno praticato nell'anno antecedente lo studio. Sono i maschi, più che le coetanee, di entrambe le classi di età ad esserne maggiormente attratti.

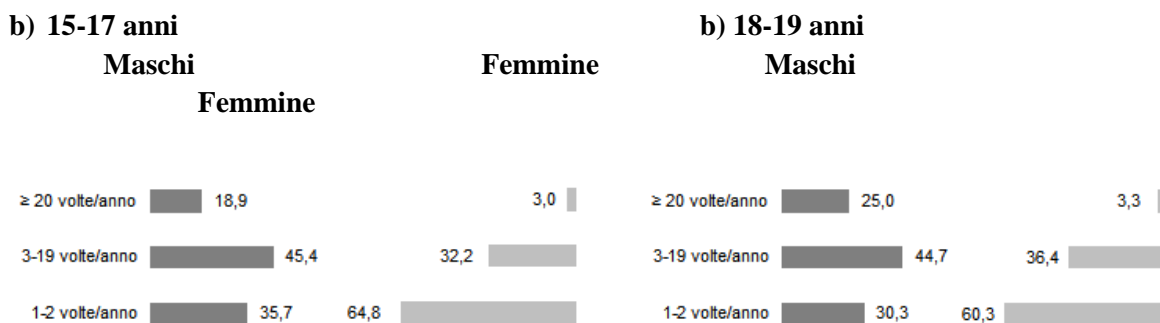
Figura 59: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo. Anno 2013-2014**a) 15-17 anni****Maschi****Femmine****b) 18-19 anni****Maschi**

LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi)

ESPAD@Italia 2014

Se la maggior parte (44%) degli studenti ha giocato d'azzardo poche volte durante l'anno (33% dei maschi e 63% delle femmine), sono il 15% quelli che lo hanno praticato più assiduamente, 20 o più volte nell'anno, in particolare i maschi (22% contro il 3% delle femmine) ed i maggiorenni (17% contro il 13% dei minorenni).

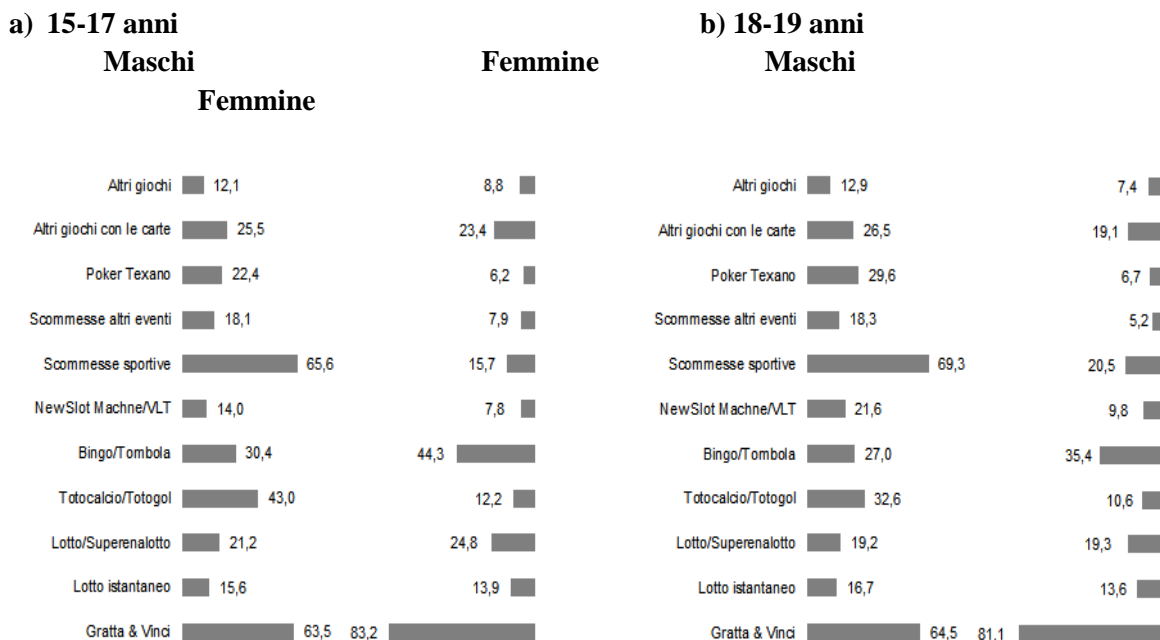
Figura 60: Distribuzione percentuale della frequenza di gioco annua tra gli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Anno 2014



ESPAD@Italia 2014

Sono i Gratta & Vinci ad interessare la maggior parte dei giovani giocatori: tra tutti i giocatori il 71% ci ha giocato durante l'anno. Sono il 49% coloro che hanno puntato soldi su eventi sportivi, un terzo ha giocato a Bingo/Tombola ed il 28% a Totocalcio/Totogol. Gli studenti che hanno scommesso giocando a carte sono stati quasi 1 ogni 4 giocatori (24%), il 21% a Lotto/Superenalotto, il 14% alle New Slot/VLT ed il 19% a Poker Texano. Se le studentesse preferiscono i giochi non strategici, come Gratta & Vinci e Bingo/Tombola, i ragazzi, oltre a questi, scommettono soldi su eventi sportivi, giocano a Totocalcio/Totogol, a Poker texano e ad altri giochi con le carte, non evidenziando differenze rilevanti a livello di età .

Figura 61: Distribuzione percentuale dei giochi praticati tra gli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Anno 2014

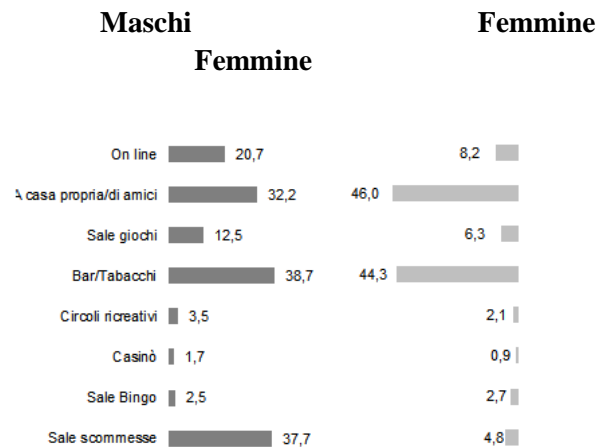
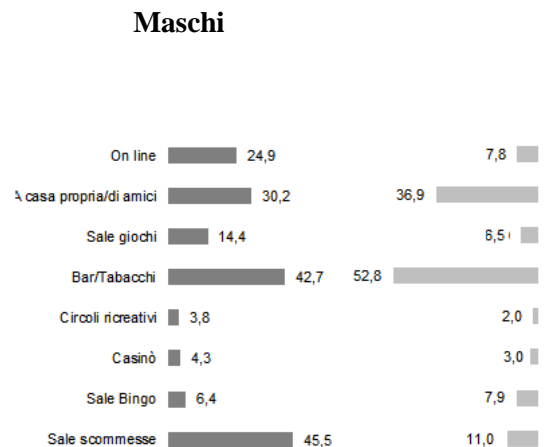


ESPAD@Italia 2014

4 Altre dipendenze: il disturbo da gioco d'azzardo

In linea con le tipologie di gioco praticate, i luoghi maggiormente frequentati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo durante l'anno sono stati bar/tabaccherie (44%), sale scommesse (29%); il 35% ha giocato a casa propria o di amici ed il 17% l'ha fatto collegandosi on-line. In entrambe le classi di età, se le ragazze giocano quasi esclusivamente presso bar/tabacchi o nelle abitazioni private (a casa propria o di amici), per i coetanei i contesti di gioco preferiti risultano le sale scommesse, quelle da gioco, le abitazioni private ed il collegamento internet.

Figura 62: Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati dagli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Anno 2014

b) 15-17 anni**b) 18-19 anni**

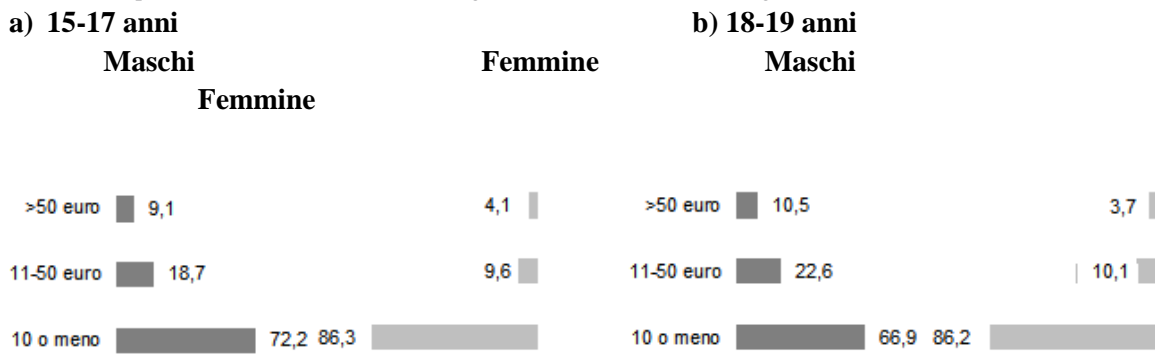
ESPAD@Italia 2014

I giochi d'azzardo on-line maggiormente praticati sono quelli del Totocalcio e le scommesse sportive (56%), in particolare dai maschi (62% contro il 26% delle femmine), seguiti da Gratta & Vinci e Lotto istantaneo (22%) e poker texano (32%). Se le ragazze preferiscono giocare on-line ai Gratta & Vinci e Lotto istantaneo (34% contro 19% dei maschi), il poker texano è praticato soprattutto dai maschi (34% contro il 24% delle femmine), così come dai maggiorenni (37% contro 27% dei minorenni).

Il computer, di casa o quello portatile è il mezzo più utilizzato per accedere ad internet e giocare d'azzardo, in particolare dai maschi (57% contro il 40% delle coetanee) e dai maggiorenni (59% contro il 49% dei minorenni); seguono smartphone e tablet (rispettivamente 33% e 16% degli studenti che hanno giocato on-line), senza differenze di genere e di età.

Circa tre quarti degli studenti che hanno giocato d'azzardo durante l'anno non ha speso più di 10 euro nel mese antecedente lo svolgimento dello studio, mentre per il 18% la spesa è stata tra gli 11 e i 50 euro e per l'8% di oltre 50 euro. Se nel complesso la distribuzione della spesa sostenuta dagli studenti minorenni e da quelli maggiorenni risulta del tutto simile, è a livello di genere che si rilevano le differenze: le spese più elevate sono state sostenute dai maschi, tra i quali quasi il 10% ha speso oltre 50€ e il 21% tra gli 11 e i 50€ (contro rispettivamente il 4% e 10% delle ragazze).

Figura 63: Spesa sostenuta nell'ultimo mese dagli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Anno 2014



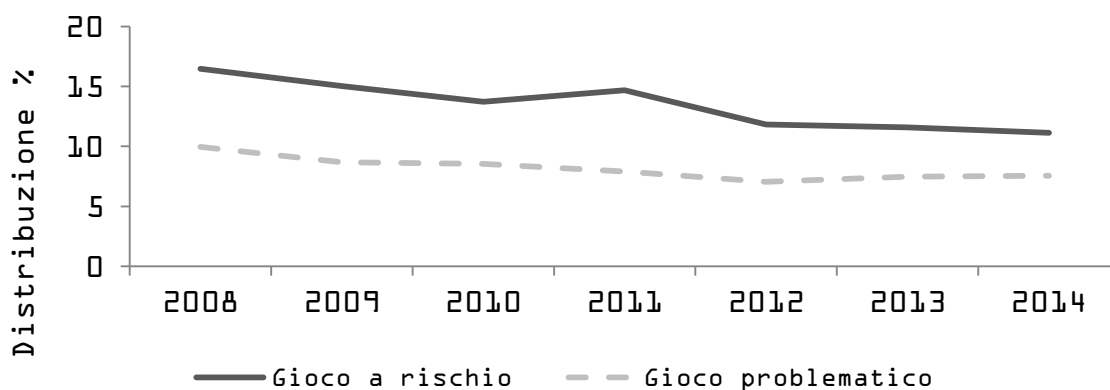
ESPAD@Italia 2014

4.1.2 Il gioco d'azzardo problematico

L'autocompilazione del test di screening SOGS-Ra (si veda box) ha rilevato che tra chi ha giocato d'azzardo nell'ultimo anno l'11% ha un comportamento definibile a rischio e l'8% circa problematico.

Nel corso degli anni di rilevazione si osserva un progressivo decremento delle percentuali di giocatori a rischio (dal 17% del 2008 si passa al 15% nel 2011 a quasi 12% nel 2013), mentre quelle riferite ai giocatori problematici, pur diminuendo fino al 2012 (nel 2008 la percentuale era del 10%), nell'ultimo biennio si mantengono stabili.

Figura 64: Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio e problematico tra gli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Trend anni 2008-2014



ESPAD@Italia

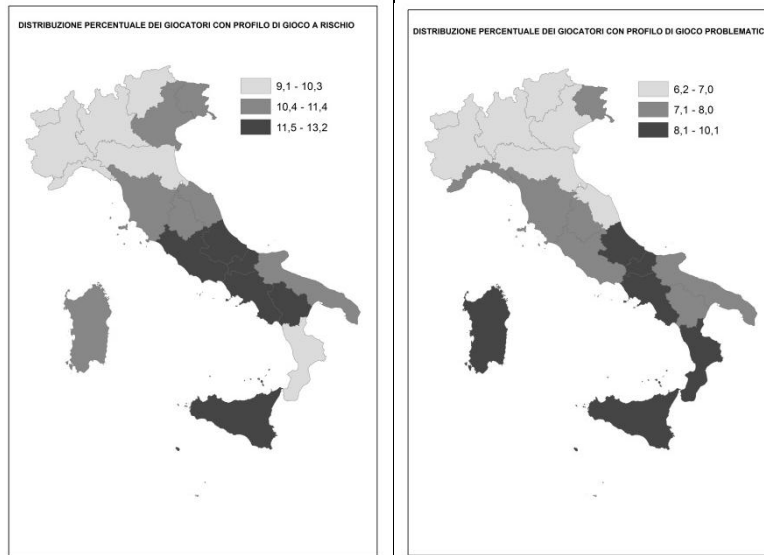
Come evidenziato per gli studenti che hanno giocato durante l'anno, per quanto riguarda la distribuzione dei giovani giocatori con un profilo di gioco definibile a rischio è nella maggior parte delle regioni centrali e meridionali che si osservano i valori superiori alla media nazionale (11,5-13,2% contro 11% del valore nazionale). Un quadro leggermente diverso si presenta quando si considera la distribuzione percentuale dei giocatori definibili problematici: i valori superiori alla media nazionale si rilevano nelle regioni meridionali Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Isole

maggiori (8,1-10,1% contro 7,6% del valore nazionale). Nelle regioni settentrionali la distribuzione percentuale di entrambi i profili di gioco risultano inferiori o in linea alla media nazionale.

Figura 65: Distribuzione percentuale tra gli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definito a rischio e problematico. Anno 2014

a) Profilo di gioco a rischio

b) Profilo di gioco problematico



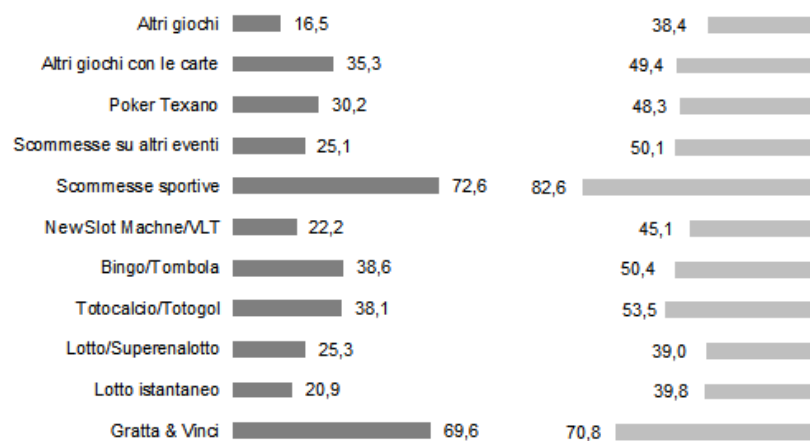
ESPAD@Italia 2014

I giocatori problematici, fatta eccezione per i Gratta & Vinci, oltre a praticare più tipologie di gioco, lo fanno più frequentemente e spendono cifre più consistenti.

Figura 66: Distribuzione percentuale dei giochi praticati tra gli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definito a rischio e problematico. Anno 2014

a) Profilo di gioco a rischio

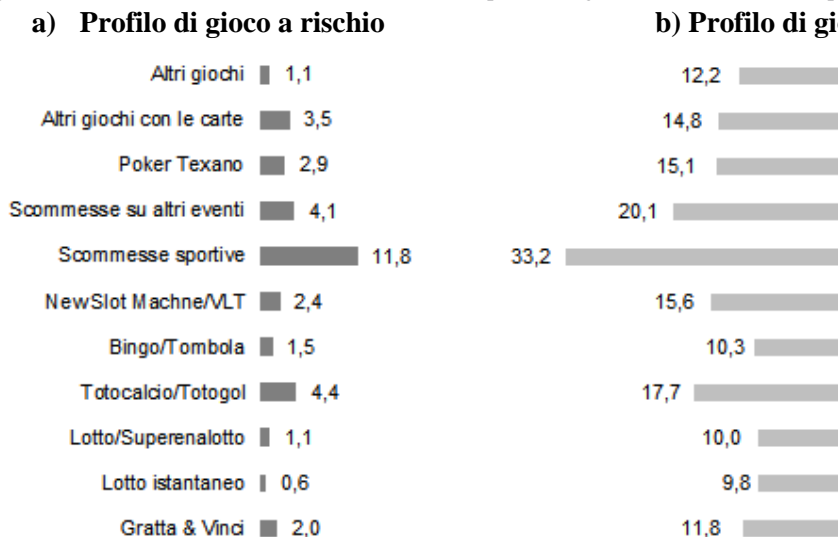
b) Profilo di gioco problematico



ESPAD@Italia 2014

Tra gli studenti con un profilo di gioco problematico, il 33% fa scommesse sportive tre o più volte alla settimana e il 20% e 16%, con la stessa frequenza settimanale, scommette soldi su altri eventi e/o gioca alle New Slot machine/VLT, così come un altrettanto 15% gioca a Poker Texano.

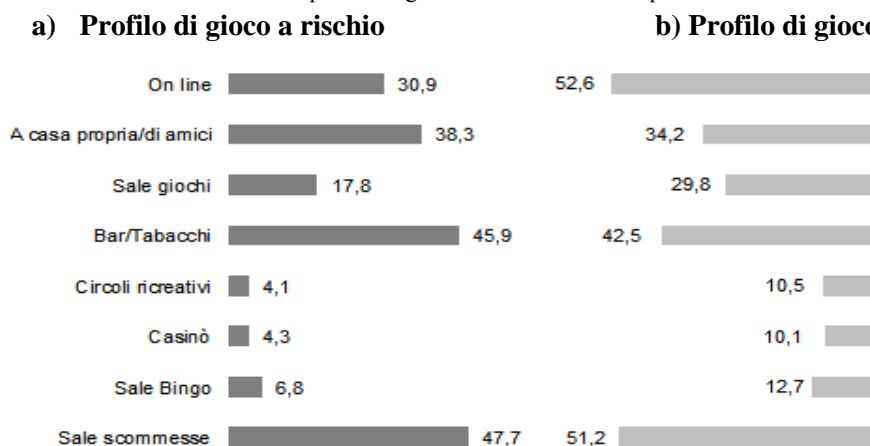
Figura 67: Distribuzione percentuale dei giochi praticati 3 o più volte a settimana tra gli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definito a rischio e problematico. Anno 2014



ESPAD@Italia 2014

Se bar e tabacchi sono i contesti di gioco frequentati in misura del tutto simile dai diversi profili di giocatori, sono le sale scommesse, quelle Bingo e gioco a distinguere in particolar modo i giovani giocatori problematici, oltre al gioco on-line.

Figura 68: Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati dagli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definito a rischio e problematico. Anno 2014



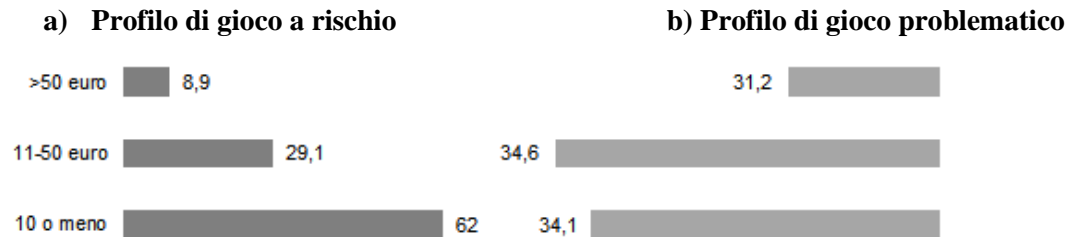
ESPAD@Italia 2014

Anche rispetto al gioco on-line i giocatori problematici evidenziano una tendenza maggiore a praticarlo, così come a giocare ai videogiochi presso bar o altri locali pubblici per 3 o più ore in un

giorno infrasettimanale (rispettivamente 53% e 17% contro 31% e 3% dei giocatori definibili a rischio).

La spesa sostenuta per giocare d'azzardo è un altro importante aspetto che contraddistingue i giocatori problematici: nel mese precedente lo svolgimento dello studio, quasi uno studente ogni 3 con un profilo di gioco definito problematico ha speso oltre 50 euro, cifra spesa dal 9% dei giocatori a rischio.

Figura 69: Spesa sostenuta nell'ultimo mese dagli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definito a rischio e problematico. Anno 2014



ESPAD@Italia 2014

4.1.3 Caratteristiche degli studenti giocatori a rischio e problematici

Al fine di individuare le caratteristiche associate ai giocatori sia a rischio sia problematici, sono stati utilizzati dei modelli statistici di regressione logistica che stimano le misure di associazione Odds Ratio-OR (o “Rapporto tra Odds”) con alcune variabili presenti nel questionario. Le misure di associazione sono state aggiustate per genere ed età e riportate in tabella come ORadj (IC= intervallo di confidenza 95%). Se l’OR assume un valore superiore ad 1 è possibile affermare che la variabile in esame risulta associata in maniera positiva con il comportamento di riferimento; se l’OR risulta negativo la variabile in esame è associata negativamente al fenomeno in studio. Sono stati applicati due modelli per approfondire il profilo dei giocatori problematici e a rischio, in entrambi i casi il comportamento considerato come riferimento è il gioco non problematico. La significatività statistica è stata stabilita per un valore di $p \leq 0,05$.

Gli studenti che al test di screening SOGS-Ra hanno ottenuto un punteggio tale da definire “a rischio” e “problematico” il comportamento di gioco adottato, rispetto ai giocatori non problematici, evidenziano associazioni positive con aver fatto, nel mese antecedente lo svolgimento dello studio, *binge drinking* (bere 5 o più unità alcoliche in un tempo ristretto), con essere un fumatore quotidiano di sigarette, aver assunto almeno una volta sostanze psicoattive “sconosciute”, così come aver consumato nell’ultimo anno almeno una sostanza illegale e/o essere un “frequent user” di cannabis (20 o più volte nell’ultimo mese).

Nel complesso per gli studenti con un profilo di gioco problematico l’associazione con questi comportamenti a rischio risulta decisamente più intensa, così come le associazioni con altri comportamenti come aver rubato oggetti di valore superiore a 10 euro, aver speso oltre 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori o, ancora, frequentare amici che giocano d’azzardo, uscire spesso la sera o aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivazione nell’ultimo mese.

Dall’altra parte l’associazione con alcune caratteristiche relative alla famiglia d’origine, al contesto amicale, alla gestione del tempo libero e all’andamento scolastico evidenziano una minore probabilità di essere un giocatore a rischio o problematico. Avere, infatti, genitori che controllano

come i figli gestiscono il denaro e/o che controllano le attività svolte dai figli durante il sabato sera, essere soddisfatti del rapporto con i propri genitori e/o con i propri amici, così come avere un buon rendimento scolastico ed essere impegnati a livello sportivo sono aspetti inversamente associati all'essere un giocatore a rischio e problematico (si veda Gori et al., 2014).

Caratteristiche degli studenti con profilo di gioco a rischio e problematico

	Giocatore a rischio	Giocatore problematico
	<i>ORadj (IC 95%)</i>	<i>ORadj (IC 95%)</i>
Comportamenti a rischio		
Binge drinking	1,37 (1,20-1,57)*	2,48 (2,11-2,93)*
Fumare sigarette quotidianamente	1,34 (1,16-1,55)*	2,30 (1,95-2,7)*
Aver usato droghe sconosciute	1,91 (1,30-2,80)*	9,89 (7,46-13,11)*
Aver usato almeno una sostanza illegale LY (esclusa cannabis)	1,81 (1,40-2,35)*	6,26 (5,04-7,78)*
Aver assunto cannabis 20 o più volte LM	1,54 (1,16-2,03)*	2,83 (2,17-3,69)*
Aver rubato qualcosa del valore di >10 euro	2,19 (1,80-2,65)*	6,11 (5,09-7,35)*
Famiglia		
Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	1,61 (1,29-2,00)*	3,33 (2,66-4,16)*
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0,56 (0,47-0,67)*	0,21 (0,18-0,25)*
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0,79 (0,66-0,94)*	0,55 (0,45-0,66)*
Amici e tempo libero		
Soddisfatti del rapporto coi propri amici	0,76 (0,63-0,92)*	0,57 (0,46-0,71)*
Avere amici che giocano d'azzardo	1,95 (1,67-2,27)*	2,22 (1,83-2,69)*
Uscire spesso la sera	1,37 (1,17-1,61)*	1,37 (1,13-1,66)*
Andare spesso in giro con gli amici	1,29 (1,03-1,62)*	n.s
Partecipare spesso ad attività sportive	n.s	0,77 (0,64-0,92)*
Scuola		
Avere un rendimento scolastico medio/alto	0,71 (0,54-0,92)*	0,45 (0,35-0,59)*
Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	1,70 (1,42-2,03)*	2,45 (2,02-2,97)*

LY=Last Year-Gioco nell'ultimo anno; LM=Last Month-Gioco nell'ultimo mese

*=p<.05; n.s=non significativo

South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents - SOGS-RA

Il test di screening South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents-SOGS-RA indaga la problematicità del gioco d'azzardo nella popolazione adolescente. La versione originale del 1993 (Winters et al.) è stata adattata alla popolazione giovanile da Poulin (2002) e quest'ultima è stata validata a livello italiano (Colasante et al., 2014). La validazione nazionale ha previsto una prima fase di traduzione e adattamento trans-culturale del test di screening mediante il metodo "translation and back translation" (Beaton et al.; 2000). Questa procedura è consistita nella traduzione della scala dalla lingua originale a quella italiana (inglese vs italiano), con lo scopo di mantenere il significato originale apportando idonei

adattamenti culturali e clinici. L'analisi statistica per la verifica delle caratteristiche psicometriche della scala SOGS-Ra è consistita in:

- a) validazione interna per la verifica dell'omogeneità e della consistenza dello strumento;
- b) validazione esterna per la verifica della correlazione con il *gold-standard* identificato con gli items riguardanti la frequenza di gioco.

Lo studio Italiano ha confermato lo scoring del punteggio suggerito nella versione originale.

Il test di screening SOGS-RA è composto dai seguenti 12 items a risposta dicotomica (No =0; Si=1).

1. Quanto spesso sei ritornato a giocare per cercare di rivincere i soldi che avevi perso al gioco?
2. Quando stavi giocando, hai mai detto agli altri di aver vinto soldi quando non era vero?
3. Il gioco ti ha mai causato discussioni in famiglia e con gli amici, oppure problemi a scuola?
4. Hai mai giocato più soldi di quanto ti eri proposto di fare?
5. Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o ti hanno detto che hai un problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensi sia vero o meno?
6. Ti sei mai sentito in colpa per i soldi che spendi nel gioco o per le conseguenze del tuo giocare?
7. Hai mai avuto voglia di smettere di giocare, pensando però che non ce l'avresti fatta?
8. Hai mai nascosto alla famiglia o agli amici scontrini di scommesse, biglietti della lotteria, soldi vinti al gioco, o altre prove del tuo giocare?
9. Hai mai avuto litigi con la famiglia o con gli amici, parlando di soldi spesi nel gioco?
10. Hai mai preso in prestito soldi per giocare, senza restituirli?
11. Hai mai fatto assenze a scuola per andare a giocare?
12. Hai mai preso in prestito denaro oppure rubato qualcosa per avere soldi per giocare o per nascondere attività di gioco?

Il punteggio ottenuto, compreso tra 0 e 12, definisce 3 gradi di problematicità:

- lo score da 0 o 1 caratterizza un comportamento di gioco di tipo sociale, "non problematico";
- da 2 a 3 un comportamento definibile a rischio "at risk";
- uguale o superiore a 4 indica una condizione problematica rispetto al comportamento di gioco "problem gambling" (Winters et al., 1993).

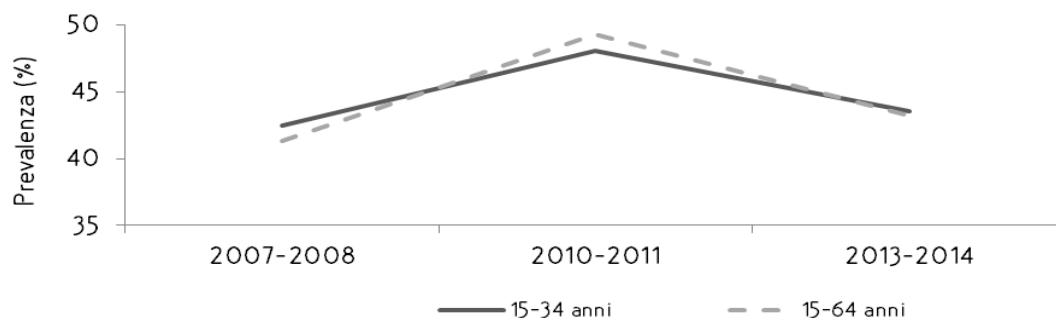
4.2 Il gioco d'azzardo nella popolazione generale

Nello studio IPSAD®, a partire dall'indagine 2007-2008, è stata introdotta una sezione specifica sul gioco d'azzardo, includendo lo strumento di screening CPGI - Canadian Problem Gambling Index (Ferris & Wynne, 2001a; b), adattata e validato a livello nazionale (Colasante et al., 2013), con la finalità di rilevare la diffusione del gioco d'azzardo a rischio e problematico.

4.2.1 Giochi e contesti di gioco

Dall'ultima indagine IPSAD®2013-2014 risulta che il 42,9% della popolazione di 15-64 anni, che corrisponde a quasi 17 milioni di persone, ha giocato almeno una volta somme di denaro; di questi oltre 5 milioni e mezzo sono giovani adulti di 15-34 anni, con una prevalenza equivalente al 42,7%. Rispetto allo studio 2011 i tassi standardizzati (utilizzati per il confronto negli anni) riferiti sia alla popolazione di 15-64 anni sia a quella dei giovani adulti, risultano diminuiti, allineandosi al valore rilevato nello studio 2008.

Figura 70: Andamento temporale del gioco d'azzardo nella popolazione 15-34 anni e 15-64 anni (tassi standardizzati⁸⁶)



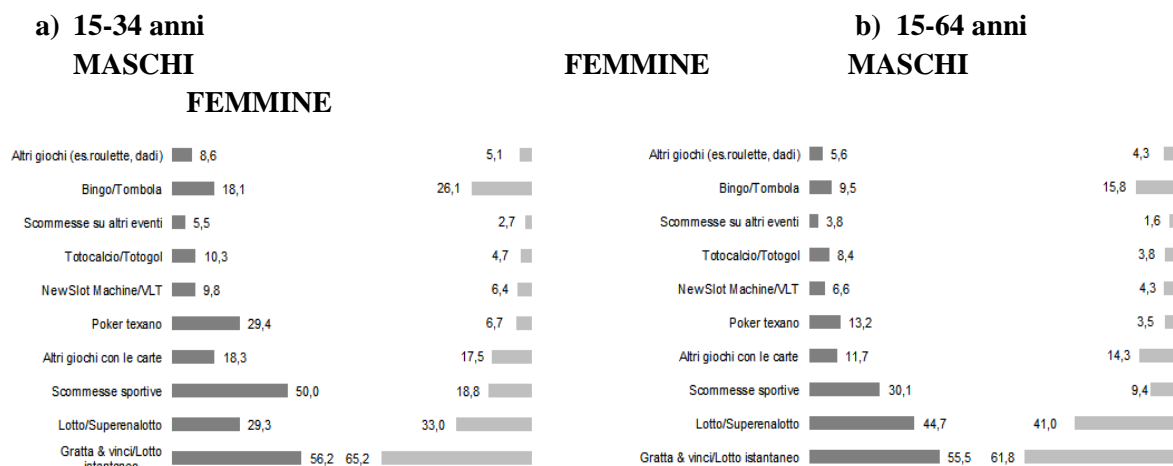
IPSAD®

Il genere maschile mostra una maggiore attrazione per il gioco d'azzardo: il 55,7% degli uomini di entrambe le classi di età ha giocato somme di denaro, contro il 30,3% delle donne 15-64enni e il 29,3% delle 15-34enni.

I Gratta & Vinci e Lotto istantaneo sono i giochi maggiormente praticati nell'anno, sia se si considerano tutti i giocatori 15-64enni (58%) sia i giovani adulti (59%); seguono, anche se con percentuali e ordine di preferenza diversi nelle due classi di età, il gioco del Lotto/Superenalotto (15-64enni: 44%; 15-34enni: 31%) e le scommesse sportive (15-64enni: 22%; 15-34enni: 39%). Tra i giovani adulti che hanno giocato d'azzardo nell'anno, circa 1 ogni 5 ha puntato soldi giocando a Poker Texano e/o a Bingo/Tombola o ancora facendo altri giochi a carte, rapporto che tra tutti i giocatori 15-64enni risulta inferiore (rispettivamente 9%, 11% e 12%). Tra i giocatori, gli uomini che, nell'ultimo anno, hanno scommesso soldi su eventi sportivi e/o giocando a Poker Texano oppure a Totocalcio/Totogol risultano in quota superiore a quella delle donne; queste ultime, invece, risultano in quota maggiore per i giochi non strategici quali Gratta & Vinci e/o Bingo/Tombola.

⁸⁶ I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

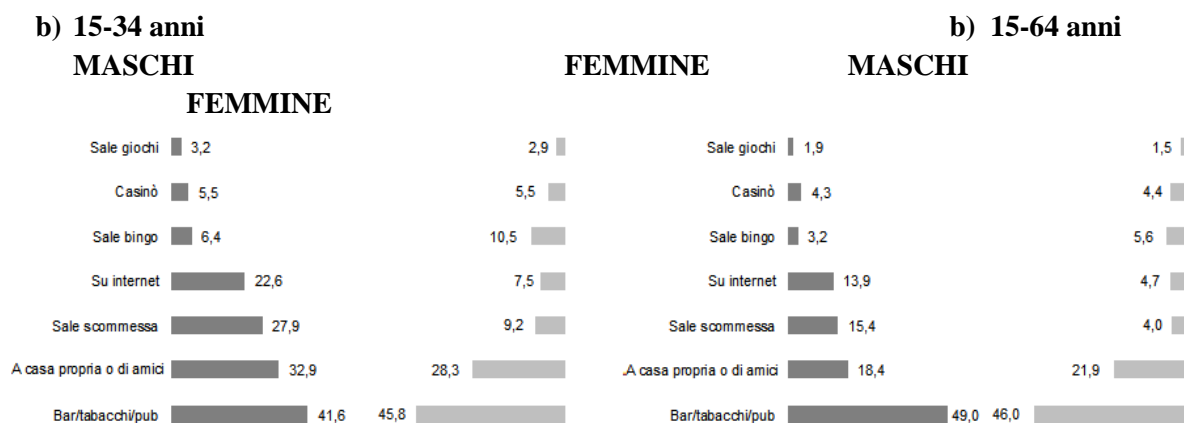
Figura 71: Distribuzione percentuale dei giochi praticati da coloro che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Anno 2013-2014



IPSAD@2013-2014

In generale, tra i giocatori, i bar/tabacchi sono i luoghi prescelti per giocare (15-34enni: 44%; 15-64enni: 49%), seguiti dall'abitazione propria o di amici (15-34enni: 30%; 15-64enni: 19%) e dalle sale scommesse (rispettivamente 21% e 11%), queste ultime frequentate in particolar modo dai maschi. I giocatori di 15-34 anni preferiscono, inoltre, giocare on-line (18% vs 11% dei 15-64enni). Se giocare d'azzardo collegandosi in internet è particolarmente presente nei giocatori di genere maschile, le sale Bingo sono invece preferite dalle donne.

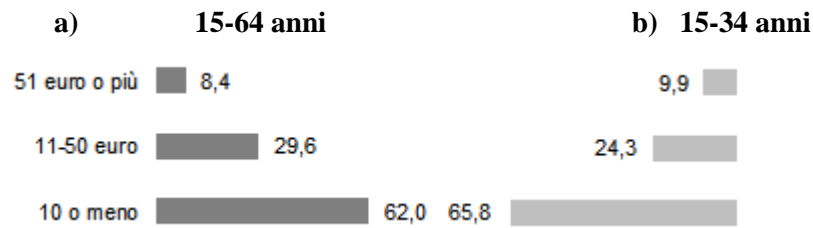
Figura 72: Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati da coloro che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Anno 2013-2014



IPSAD@2013-2014

La maggior parte di chi ha giocato d'azzardo non ha speso più di 10 euro nei trenta giorni antecedenti lo svolgimento dello studio, per meno di un terzo la spesa è stata tra 11 e 50 euro e meno di un decimo ha speso oltre 50 euro.

Figura 73: Distribuzione percentuale dei soldi spesi nell'ultimo mese tra coloro che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Anno 2013-2014



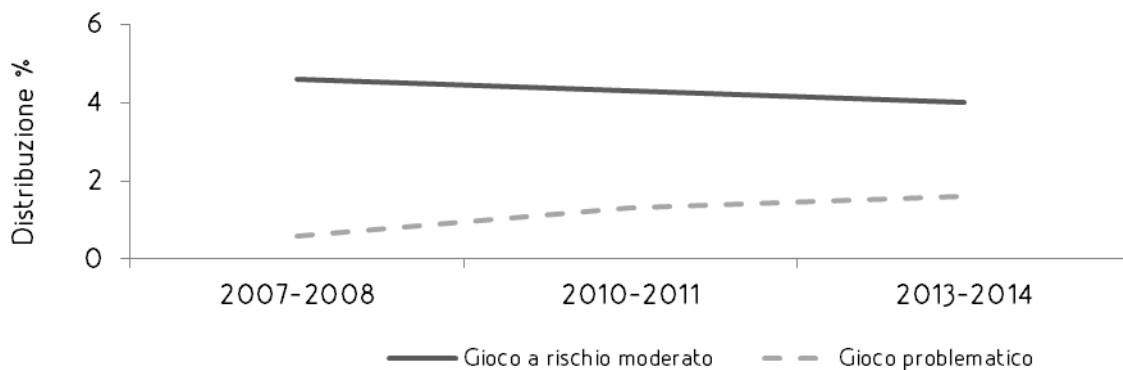
IPSAD®2013-2014

4.2.2 Il gioco d'azzardo problematico

L'autocompilazione del test di screening CPGI (si veda box) nell'ultima rilevazione ha evidenziato che poco meno del 15% dei giocatori ha un comportamento definibile "a basso rischio", il 4% "a rischio moderato" e per l'1,6% è "problematico". Nell'ultima indagine sono gli uomini ad avere una percentuale maggiore di gioco a rischio moderato/problematico (6% contro 4% delle donne).

Il confronto negli anni della percentuale di giocatori fa registrare nell'ultimo studio un lieve incremento dei soggetti con profilo di gioco problematico (Bastiani et al., 2013; Bastiani et al., 2015).

Figura 74: Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio moderato e problematico tra i giocatori di 15.64 anni

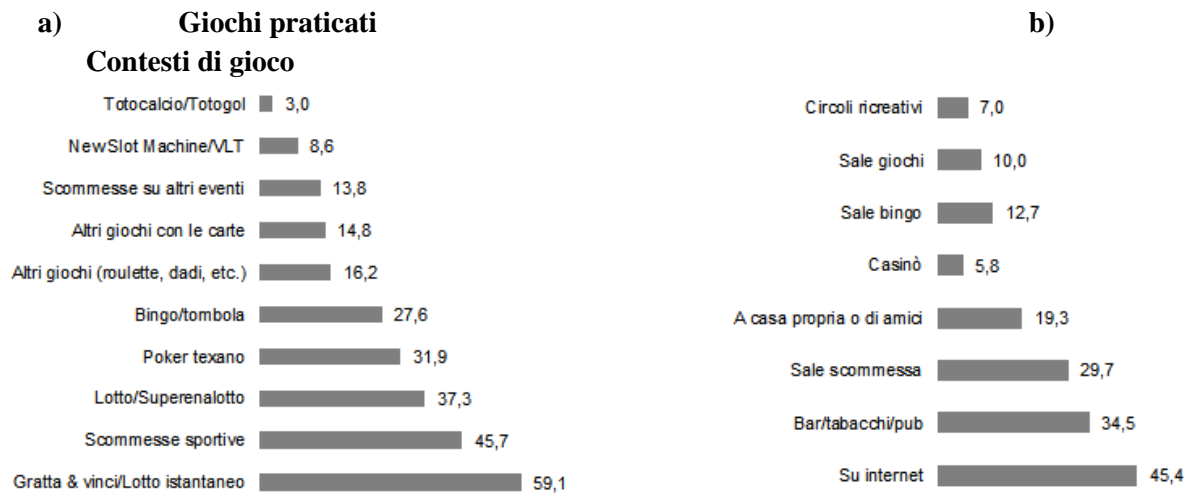


IPSAD®

Il 60% dei giocatori a rischio moderato/problematico ha giocato ai Gratta & vinci e Lotto istantaneo e sono il 46% quelli che hanno scommesso soldi sugli eventi sportivi e un terzo circa ha giocato a Poker texano.

I giocatori definiti a rischio moderato/problematico si distinguono anche rispetto ai contesti e luoghi frequentati per giocare d'azzardo: tra questi, coloro che giocano on-line, senza alcun limite di tempo e di spazio e in solitudine, sono stati quasi la metà, così come elevata è la quota di chi gioca presso le sale scommesse, Bingo e/o giochi.

Figura 75: Distribuzione percentuale dei giochi praticati e dei contesti di giochi frequentati dai soggetti con profilo di gioco a rischio moderato/problematico nella popolazione di 15-64 anni. Anno 2013-2014



IPSAD@2013-2014

Tra i giocatori con profilo di giocatore problematico che hanno riferito di aver scommesso denaro negli ultimi trenta giorni, quasi il 40% ha impegnato oltre 50 euro, il 38% ha speso tra 11 e 50 euro e meno di un quarto non ha superato i 10 euro.

Canadian Problem Gambling Index - CPGI

Lo scala CPGI rileva il grado di problematicità legato al comportamento di gioco d'azzardo nella popolazione generale. Sviluppata nel 2001 da Ferris & Wynne e stata validata nella sua versione italiana da Colasante et al. (2013) prevedendo, oltre alla traduzione e all'adattamento transculturale mediante il metodo "translation and back translation" (Beaton et al., 2000), l'analisi statistica per la verifica delle caratteristiche psicometriche, svolta in due fasi:

- la validazione interna per la verifica dell'omogeneità e della consistenza dello strumento;
- la validazione esterna per la verifica della correlazione rispetto al *gold-standard* identificato dal test Lie/Bet (Johnson; 1998). Lo studio Italiano conferma lo scoring del punteggio utilizzato nella versione originale.

Il CPGI è una scala di screening composta da 9 domande riferite al comportamento di gioco:

- Ripensando agli ultimi 12 mesi, hai giocato più denaro di quanto tu potessi effettivamente permetterti di perdere?
- Riflettendo ancora sugli ultimi 12 mesi, hai sentito il bisogno di giocare quantitativi sempre più grandi di denaro per sentire la stessa sensazione di eccitamento?
- Quando hai giocato, sei tornato di nuovo un altro giorno per rifarti del denaro perso?
- Hai mai preso in prestito denaro o venduto qualcosa per realizzare denaro destinato al gioco?
- Hai mai avuto la sensazione che potresti avere un problema con il gioco?
- Il gioco ti ha causato problemi di salute di qualsiasi tipo, incluso lo stress e l'ansia?
- Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o che ti hanno detto che hai un

problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensassi che ciò fosse vero o meno?

8. Il fatto che tu giocassi ha mai causato problemi finanziari a te o alla tua famiglia?
9. Ti sei mai sentito in colpa per il tuo modo di giocare o delle conseguenze del tuo gioco?

La scala è composta da domande a risposta multipla (Mai=0, A volte=1, Spesso=2, Quasi sempre=3), con un range di punteggio compreso tra 0 e 27:

- punteggio inferiore a 1 caratterizza il giocatore sociale "no-risk gambler"
- da 1 a 2 punti viene classificato un basso livello di rischio "low-risk gambling"
- da 3 a 7 il livello di rischio diventa moderato "moderate-risk gambling",
- uguale o superiore a 8 indica una condizione problematica (Ferris & Wynne, 2001a; 2001b).

Bibliografia

- Bastiani, L., Gori, M., Colasante, E., Siciliano, V., Capitanucci, D., Jarre, P., & Molinaro, S. (2013). Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy. *Journal of Gambling Studies*, 29(1):1-13. doi: 10.1007/s10899-011-9283-8.
- Bastiani, L., Fea, M., Potente, R., Luppi, C., Lucchini, F., & Molinaro, S. (2015). National Helpline for Problem Gambling: A Profile of Its Users' Characteristics. *Journal of Addiction*, Article ID 659731, 9 pages. doi: 10.1155/2015/659731.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., et al. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25, 3186–3191.
- Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Siciliano, V., Giordani, P., Grassi, M., & Molinaro, S. (2013). An Assessment of the Psychometric Properties of Italian Version of CPGI. *Journal of Gambling Studies*, 29(4):765-74. doi: 10.1007/s10899-012-9331-z.
- Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Scalese, M., Siciliano, V., & Molinaro, S. (2014). Italian Adolescent Gambling Behaviour: Psychometric Evaluation of the South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents (SOGS-RA) Among a Sample of Italian Students. *Journal of Gambling Studies*, 30(4):789-801. doi: 10.1007/s10899-013-9385-6.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001a). *The Canadian problem gambling index: User manual*. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001b). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse.
- Gori, M., Potente, R., Pitino, A., Scalese, M., Bastiani, L., & Molinaro, S. (2014). Relationship between gambling Severity and attitudes in adolescents: findings from a population-based Study. *Journal of Gambling Studies*, Jul 26. doi: 10.1007/s10899-014-9481-2
- Johnson, E.E., Hamer, R., & Nora, R.M. (1998). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers: A follow-up study, *Psychological Reports*, 83 (3 Pt 2):1219-24.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., & Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9:63–84.
- Poulin, C. (2002). An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. *Journal of Gambling Studies*, 18(1): 67–93.

RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA**DIREZIONE E COORDINAMENTO:**

Cons. Avv. Patrizia DE ROSE, Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

GRUPPO REDAZIONALE:

DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

- Dott.ssa Elisabetta SIMEONI
- Dott.ssa Marinella MARINO
- Sig.ra M. Rita SASSARA

MINISTERO DELL'INTERNO

- Gen.D. CC Sabino CAVALIERE, *Direzione Centrale per i Servizi Antidroga*
- Dott.ssa Maria Gabriella GALEOTTI, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Rita CECCHETTI, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Marina COLASANTI, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Antonietta SALA, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Anna Maria CAPUTO, *Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica*

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

- Dott. Roberto Calogero PISCITELLO, *Direttore Generale dei detenuti e del trattamento*
- Dott.ssa Roberta PALMISANO, *Ufficio studi e rapporti internazionali – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*
- Dott.ssa Paola MONTESANTI, *Direzione generale dei detenuti e del trattamento – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*
- Dott.ssa Flavia TAGLIAFIERRO, *Ufficio sviluppo e gestione sistemi informativi - Dip. dell'Amministr. Penitenziaria*
- Dott.ssa Sonia SPECCHIA, *Direzione generale dell'esecuzione penale esterna – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*
- Dott.ssa Barbara CHIARI, *Direzione generale della giustizia penale – Dipartimento per gli Affari di Giustizia*
- Dott.ssa Francesca STILLA, *Direzione generale per l'attuazione provvedimenti giudiziari – Dipartimento Giustizia minorile*
- Dott.ssa Vincenza IARIA, *Direzione generale della giustizia penale – Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Casellario Centrale*

MINISTERO DELLA SALUTE

- Dott. Raniero GUERRA, *Direttore Generale della prevenzione sanitaria*
- Dott.ssa Marcella MARLETTA, *Direttore Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico*
- Dott. Pietro MALARA, *Direzione Generale della prevenzione sanitaria – Ufficio VII*
- Dott.ssa Natalia MAGLIOCHETTI, *Direzione generale della prevenzione*

4 Altre dipendenze: il disturbo da gioco d'azzardo

- Dott.ssa Germana APUZZO, *Direzione generale dispositivi medici e del servizio farmaceutico - Ufficio centrale stupefacenti*
- Dott. Pietro CANUZZI, *Direzione generale dispositivi medici e del servizio farmaceutico - Ufficio centrale stupefacenti*
- Dott.ssa Lidia DI MINCO, *Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica*
- Dott.ssa Miriam DE CESARE, *Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica*

MINISTERO DELLA DIFESA

- Col. CSArn Claudio DE ANGELIS, *Direttore Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- Col. SAN me Alessandro CASCIOTTA, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- Magg. CC RTL Raffaele VENTO, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- Cap. psi Federica MURGIA, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- 1° M.llo Oss SAN Angelo DI PIETRO, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS)

- Dott.ssa Roberta PACIFICI, *Dipartimento del farmaco – Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping*
- Dott.ssa Teodora MACCHIA, *Dipartimento del farmaco – Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping*
- Dott.ssa Barbara SULIGOI, *Centro operativo AIDS - Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott.ssa Laura CAMONI, *Centro operativo AIDS - Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott.ssa Maria Cristina SALFA, *Centro operativo AIDS - Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott. Stefano BOROS, *Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott.ssa Maria Elena TOSTI, *Centro Nazionale Epidemiologia*
- Dott.ssa Simona PICHINI, *Dipartimento del farmaco – Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping*

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (ISTAT)

- Dott.ssa Roberta CRIALESI
- Dott.ssa Gabriella SEBASTIANI
- Dott.ssa Antonella BALDASSARINI
- Dott.ssa Marilena PAPPAGALLO
- Dott. Francesco GRIPPO
- Dott.ssa Alessandra BURGIO
- Dott.ssa Claudia DE VITIIS
- Dott. Claudio CECCARELLI
- Dott.ssa Elena DE PALMA
- Dott.ssa Sara BASSO
- Dott. Federico SALLUSTI

CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE (CNR)

Istituto di Fisiologia Clinica, Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

- Dott.ssa Sabrina MOLINARO
- Dott. Stefano SALVADORI
- Dott.ssa Valeria SICILIANO
- Dott. Marco SCALESE
- Dott.ssa Roberta POTENTE
- Dott.ssa Emanuela COLASANTE
- Dott. Luca BASTIANI
- Dott.ssa Claudia LUPPI
- Dott.ssa Arianna CUTILLI

ESPERTI SCIENTIFICI

- Prof.ssa Carla ROSSI, *Rappresentante del Parlamento Europeo nel Management Board dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT /EMCDDA)*

GRUPPO TECNICO INTERREGIONALE TOSSICODIPENDENZE DELLA COMMISSIONE SALUTE DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI E PA

- Dott. Arcangelo ALFANO
- Dott. Roberto DIECIDUE
- Dott.ssa Adele Di STEFANO
- Dott.ssa Claudia MAGHERINI
- Dott. Gaetano MANNA

ASSOCIAZIONI DEI SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI

- Dott. Riccardo De Facci, CNCA
- Dott.ssa Antonella Camposeragna, CNCA
- Dott. Pietro Fausto D'Egidio, FEDERSERD
- Dott. Guido Faillace, FEDERSERD
- Dott. Umberto Paioletti, INTERCEAR
- Dott. Grillo, INTERCEAR
- Dott. Sollini, INTERCEAR
- Dott. Luciano Squillaci, FICT
- Dott. Giuseppe Mammana, ACUDIPA

ALTRI ESPERTI

- Dott. Sandro LIBIANCHI, *Responsabile Medico Unità Operativa Complesso Polipenzionario di Rebibbia*
- Dott.ssa Laura AMATO, *Dipartimento di Epidemiologia Regione Lazio - Gruppo Cochrane Droghe e Alcol*

COLLABORAZIONI

- Dott. Luca Di CENSI
- Dott. Fabrizio Fabi
- Dott. Francesco FABI
- Dott.ssa Maria Alessandra TULLIO

ALTRE ASSOCIAZIONI

- ASAPS, Associazione Sostenitori ed Amici della Polizia Stradale

SUPPORTO ALLA REDAZIONE

United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (UNICRI) - *Progetto International Information System on Addiction (IISA)*