

PARTE II. DOMANDA DI SOSTANZE: USO E PROBLEMATICHE

Capitolo 1. Potenzialità e limiti delle rilevazioni

A cura dell' ISTAT

1.1 Nota metodologica

La prevalenza del consumo di droghe nella popolazione generale è uno dei cinque indicatori chiave dell'European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) utilizzato per la valutazione e il monitoraggio delle politiche che l'Unione Europea e gli Stati membri attuano per contrastare il fenomeno della tossicodipendenza. Numerosi soggetti pubblici e privatirilevano informazioni sul fenomeno per specifiche finalità legate essenzialmente ad esigenze di monitoraggio delle proprie attività ma è, tuttavia, difficile stimare la quota di popolazione che consuma droghe. Per colmare il gap conoscitivo, lo strumento consigliato a livello internazionale è rappresentato dalle indagini sulla popolazione.

I principali obiettivi delle indagini sul consumo di droghe nella popolazione sono:

- monitorare all'interno dei singoli paesi i livelli e i modelli di consumo di sostanze illecite e di altre sostanze psicoattive;
- individuare il profilo delle persone maggiormente esposte al rischio di consumo dal punto di vista socio-demografico e territoriale;
- fornire la base conoscitiva per la normativa e le politiche di contrasto alla droga.

Nonostante le indagini sul consumo di droga nella popolazione siano condotte in tutti i paesi europei secondo le linee guida dell'EMCDDA, esse sono particolarmente difficili da realizzare perché affrontano temi molto sensibili, potenzialmente illegali e oggetto di stigma sociale.

I limiti di queste indagini sono ben noti in letteratura; tutte infatti, in varia misura, risentono di criticità legate principalmente alla "mancata risposta" soprattutto da parte di quanti consumano più frequentemente droghe, al cosiddetto "under-reporting" tra quanti dichiarano di farne uso e, più in generale, alla reticenza a riferire di assumere sostanze stupefacenti. Riguardo a quest'ultimo punto, sono stati condotti numerosi studi che hanno comparato quanto riferito dai rispondenti con test (effettuati ad esempio con analisi delle urine). Dall'analisi comparativa emerge che l'affidabilità delle risposte fornite è inversamente associata allo stigma sociale e alle eventuali sanzioni penali previste per il consumo delle diverse sostanze. Un'altra criticità è il "mis-reporting of frequency", vale a dire la difficoltà da parte di quanti dichiarano di consumare droghe a riferire la frequenza di consumo nel mese o nell'anno precedente, sia per problemi di memoria sia per reticenza a rispondere. Questi fattori determinano una distorsione che può agire in entrambe le direzioni, vale a dire può produrre la sovrastima o la sottostima del consumo. È evidente come questa distorsione precluda la possibilità di avere una quantificazione complessiva affidabile del volume di sostanze stupefacenti consumate e della relativa spesa.

Inoltre, un limite comune a tutte le Indagini di popolazione riguarda l'esclusione dal disegno di campionamento di alcuni gruppi di popolazione, tra i quali è più frequente l'uso di sostanze stupefacenti. Il campione è, infatti, estratto dalla popolazione residente e questo esclude tutti i soggetti residenti in convivenze (in particolare le carceri) e gli homeless tra i quali, come molti studi dimostrano, è sensibilmente più elevata la quota di consumatori problematici.

Tutto questo ha un impatto potenzialmente rilevante sulla qualità dei dati raccolti e sulla loro effettiva utilizzabilità per le politiche e per le analisi comparative.

In Italia il primo studio sulla popolazione è stato condotto nel 2001-2002 dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) che ha successivamente replicato l'indagine ogni due anni fino al 2013 - 2014.

Nel 2010 il Dipartimento delle politiche antidroga a sua volta ha avviato un'indagine di popolazione autonoma. Nel 2014 in Italia sono state quindi condotte due indagini sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione adulta:

- *General Population Survey (GPS)* condotta dal Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) nella popolazione di 18-64 anni residente in Italia.

- *Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs (IPSAD)* condotta dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR).

Entrambe le indagini sono state condotte con la stessa tecnica di rilevazione, vale a dire con l'invio postale di un questionario che i rispondenti hanno compilato autonomamente. Presentano, pertanto, i limiti connessi a questa tecnica di rilevazione, in primo luogo il basso tasso di risposta cui può essere associato un effetto distorsivo sulle stime prodotte. La scelta di condurre indagini postali è giustificata da una serie di vantaggi. In primo luogo questi studi hanno costi considerevolmente minori e ben si prestano a rilevare informazioni sensibili perché garantiscono al rispondente la riservatezza e la possibilità di scegliere il momento in cui compilare il questionario. Tra i punti di debolezza, oltre all'elevata mancata risposta, occorre considerare che l'indagine postale non consente di accertare se il rispondente sia effettivamente quello selezionato, né di controllare la correttezza delle risposte. Inoltre, come per tutte le tecniche che prevedono l'autosomministrazione, l'assenza di un intervistatore che dia istruzioni su come rispondere comporta la necessità di strutturare il questionario con quesiti più semplici da interpretare e con una sequenza che agevoli il percorso cognitivo del rispondente. Tale compito, particolarmente arduo in una indagine che tocca temi sensibili, è indispensabile per ridurre quanto più possibile gli errori non campionari. Per entrambe le indagini ci sono margini di miglioramento da questo punto di vista.

Nel 2014 per la *General Population Survey (GPS)* si registra un tasso di risposta del 16,9% (8.465 rispondenti su 52.351), che si riduce al 16,4% per la presenza di 136 questionari inutilizzabili (perché bianchi, duplicati o privi dell'età del rispondente e del comune di residenza necessari per il calcolo dei pesi campionari). I questionari utili per l'indagine sono quindi stati 8.329.

Per la *Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs (IPSAD)* il campione teorico della popolazione 15-74 è 23.306 mentre quello della popolazione 15-64 anni è di 19.411. Il tasso di risposta, al netto dei questionari scartati a causa di inconsistenze, è rispettivamente pari al 33% (7.709 rispondenti) e al 34% (6.589 rispondenti). Il tasso di risposta è in ambedue i casi molto basso.

Sulla base di una ricognizione effettuata dall'Istat sulle indagini relative al consumo di droga condotte in alcuni paesi, emerge che nella maggior parte dei casi le tecniche di rilevazione adottate sono state oggetto di revisione critica e spesso sono state implementate strategie di raccolta delle informazioni alternative o complementari.

In particolare è stato studiato l'effetto della scelta della tecnica di rilevazione sulla copertura campionaria, sul tasso di risposta, sulla disponibilità a rispondere e sui costi.

Considerando questi aspetti, la tecnica che garantisce i migliori livelli di performance, sembra essere quella del questionario auto-somministrato con tecniche CASI (computer assisted self interview) e ACASI (audio computer assisted self interview) per le quali si osserva un livello più alto di disponibilità a fornire risposte su temi sensibili anche rispetto alla classica tecnica del questionario autosomministrato paper and pencil, che pure garantisce al rispondente la protezione dell'anonimato e aumenta la disponibilità a riferire comportamenti stigmatizzati. (Turner et al., 1998; Tourangeau e Smith 1996; Johnson et al. 2001; Decorte et al. 2009).

In alcuni paesi (Olanda e Germania) i metodi di raccolta delle informazioni sono stati integrati con indagini web. I risultati, per ciò che concerne il tasso di risposta, sono stati tuttavia negativi (Decorte et al. 2009).

L'indagine telefonica presenta invece maggiori criticità, rispetto alle altre tecniche, sia per la copertura campionaria sia per il tasso di risposta ma soprattutto per una minore disponibilità da parte dei rispondenti a rilasciare informazioni. Rispetto a quest'ultimo aspetto anche le indagini face to face (PAPI e CAPI) non assicurano un buon livello di performance.

La scelta della tecnica di somministrazione del questionario può avere un effetto molto rilevante anche sulla stima della prevalenza del consumo di stupefacenti perché influisce sulla veridicità delle risposte. Uno studio comparativo condotto in Olanda mostra forti differenze tra i dati provenienti da indagini CAPI e CASI; in particolare la prevalenza di uso della cannabis tra i 15-24 anni nel mese precedente risulta pari al 6,5% per gli intervistati con tecnica CAPI (n = 490) e 12% con la tecnica CASI (n = 660) (van Laar et al. 2012).

Il costo della rilevazione è il principale criterio di scelta della tecnica di raccolta dei dati per molti paesi. Per questo motivo, nonostante il basso tasso di risposta, l'Italia, che ha scelto l'indagine postale, presenta i tassi di risposta più bassi tra tutti i paesi che conducono indagini sul consumo di droghe (circa il 34% per l'IPSAD e 16,4% per GPS). In Germania, con la stessa tecnica, si raggiunge un tasso di risposta di circa il 50% e l'integrazione con altri metodi di raccolta (CATI e Web) attuata dal 2006 non ha portato significativi miglioramenti.

Anche in Australia si raggiunge circa il 50% nel 2013 (quota analoga al 2010) ma in questo caso utilizzando un questionario autocompilato con tecnica "drop and collect". Nel corso degli anni in Australia la tecnica di rilevazione è stata modificata; nel 1998 si svolgeva con mixed mode (40% con interviste dirette e 60% "drop and collect") ma a partire dal 2001 la percentuale delle interviste dirette è stata ridotta con l'introduzione progressiva del metodo CATI che è stato poi definitivamente abbandonato dal 2010, anno dal quale viene utilizzata solo la tecnica drop and collect.

In Usa e UK, per migliorare il tasso di risposta e la qualità dei dati, si è scelto di utilizzare le tecniche più costose CASI e ACASI, combinate con CATI e CAPI per i quesiti meno sensibili. Ciò ha consentito di raggiungere un tasso di risposta superiore al 70%. Negli USA agli intervistati viene inoltre corrisposto, dal 2002, un compenso di \$ 30. L'effetto del compenso è stato importante nel

primo anno di applicazione con un tasso di risposta del 78,5% (il più alto a partire dal 2000) che è poi progressivamente diminuito attestandosi intorno al 74% negli anni successivi.

Francia e Olanda (che dal 2009 ha adottato la tecnica CASI), nonostante metodi diversi di raccolta dei dati, raggiungono un tasso di risposta superiore al 60 per cento.

In assenza di altri strumenti che consentano di stimare la consistenza del fenomeno dell'uso di sostanze e di tracciare i profili e i modelli di consumo, le indagini sulla popolazione si confermano come una fonte importante nonostante i limiti evidenziati.

Come si è visto, in altri paesi sono state sperimentate e utilizzate diverse tecniche di rilevazione con la finalità di migliorare il tasso di risposta e l'affidabilità dei dati. È risultato evidente che, in generale, le indagini condotte con questionario autosomministrato favoriscono la disponibilità dei rispondenti che si sentono più garantiti sull'anonimato. I tassi di risposta più elevati si ottengono quando l'auto-somministrazione viene proposta con tecniche più costose, vale a dire le indagini CASI (computer assisted self interview) e ACASI (audio computer assisted self interview) anche in combinazione con CAPI e CATI per i quesiti non sensibili.

Dai riferimenti presenti in letteratura e dall'analisi comparativa delle indagini condotte nei diversi paesi, risulta che, oltre la tecnica di rilevazione, altri fattori hanno un impatto significativo sulla performance delle indagini.

Un'adeguata progettazione del questionario può senz'altro favorire una maggiore collaborazione dei rispondenti, aumentare la veridicità delle risposte e migliorare la qualità complessiva.

Tra i fattori che influenzano il tasso di risposta e l'affidabilità delle informazioni raccolte, non è secondario l'ente o soggetto responsabile dell'indagine che non dovrebbe essere collegato o coincidere con autorità giudiziarie o politiche e dovrebbe apparire agli occhi dei cittadini come *super partes* e in grado di tutelare la loro privacy.

Per quanto riguarda le strategie di rilevazione, particolare rilievo hanno gli aspetti comunicativi. In particolare la denominazione dell'indagine, che dovrebbe essere riferita a temi più ampi relativi a condizioni di salute o agli stili di vita. La presentazione dell'indagine deve essere studiata e curata per assicurare sulla riservatezza delle informazioni e limitare quanto più possibile la reticenza e la diffidenza dei rispondenti. Le istruzioni per la compilazione del questionario devono essere uno strumento di facile e immediata consultazione e possibilmente essere integrate con delle FAQ. Nello strutturare la rilevazione particolare attenzione deve essere data agli aspetti e alle procedure per garantire la riservatezza delle informazioni e l'anonimato dei rispondenti. I cittadini devono sentirsi realmente tutelati. Molto importanti anche le procedure per ridurre la quota di mancati contatti, da attuare con la massima accuratezza secondo le linee guida condivise (attenta predisposizione delle informazioni relative ai recapiti del campione estratto - reiterazione dei tentativi di contatto in orari e giorni diversi, piano di solleciti efficace ecc.). Nella fase di rilevazione devono essere approntate tutte le misure per il supporto ai rispondenti (Numero verde per chiarimenti sulla riservatezza dei dati e sul questionario). Per migliorare la collaborazione dei rispondenti sarebbe opportuno anche prevedere benefici per i rispondenti. Infine occorre che il processo di acquisizione dei dati sia strettamente monitorato e accompagnato da procedure di sollecito molto accurate e reiterate e da un efficace sistema di monitoraggio che permetta di individuare le criticità nel momento in cui si presentano e non a posteriori.

Per quanto riguarda le indagini condotte in Italia molti di questi fattori sono stati tenuti sotto controllo ma non al punto di garantire una qualità soddisfacente. Per queste ragioni è opportuno

intraprendere un rigoroso lavoro scientifico per ristrutturare il disegno dell'indagine sulla popolazione adulta. Si tratta di affrontare con specifiche sperimentazioni tutte le criticità evidenziate: la scelta della tecnica di rilevazione, la progettazione del questionario in modo da ridurre il carico sui rispondenti e favorire la veridicità delle risposte, la verifica della qualità del questionario attraverso test cognitivi, test comparativi tra diverse tecniche, studi controllati di comparazione tra quanto riferito dai rispondenti sul consumo di droghe e test clinici sugli stessi. Queste attività dovrebbero essere integrate con indagini pilota che consentirebbero anche di testare le strategie di comunicazione e contatto con i rispondenti.

Si tratta di un progetto particolarmente ambizioso e al tempo stesso oneroso, in termini di risorse umane e finanziarie, per il quale occorrerà procedere preliminarmente con uno studio di fattibilità, per il quale ci si potrà avvalere anche delle esperienze già condotte.

Capitolo 2. Prevalenza e incidenza di uso

A cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche, del Dipartimento Politiche Antidroga, di Esperti, dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Difesa

2.1 Analisi sui dati disponibili sulla popolazione generale

Nel presente paragrafo si prende in analisi l'indicatore GPS, descritto nella nota metodologia introduttiva della Relazione (**L'approccio quantitativo secondo la metodologia europea**), relativo al consumo di droga nella popolazione generale. Tale consumo può essere misurato attraverso indagini rappresentative che permettano di stimare la percentuale della popolazione che fa uso di certe sostanze in determinati periodi di tempo. Potrebbero offrire, in caso di rappresentatività del campione rilevato, e non solo pianificato, informazioni utili sui modelli di consumo, sulle caratteristiche socio-demografiche dei consumatori, sulla percezione dei rischi e sulla disponibilità delle sostanze. In Italia lo studio di popolazione generale sul consumo di stupefacenti è stato avviato nel 2001 con continuità e periodicità biennale. La percentuale dei rispondenti, in assenza di ulteriori verifiche al momento in corso, può non rappresentare la popolazione generale, ma una sua sotto-popolazione. Tutti i risultati che si riportano riguardano quindi tale sotto-popolazione ed il confronto delle evidenze rispetto al loro andamento temporale è per questo motivo da considerare come indicativo nelle tendenze.

2.1.1 Indagine GPS-DPA 2014

La popolazione oggetto di studio è costituita da soggetti in età 18-64 anni, residenti in Italia al momento della rilevazione, tale popolazione è stata stratificata per classe di età (18-24 anni, 25-34 anni, 35-64 anni) e per macro area geografica (Italia nord-occidentale, nordorientale, centrale, meridionale e insulare). Le distribuzioni assolute e percentuali della popolazione di riferimento (al 1° gennaio 2012), secondo la ripartizione geografica di residenza e la classe di età.

Il piano di campionamento delle unità statistiche è stato definito considerando come variabili di stratificazione le fasce di età 18-24 anni, 25-34 anni e 35-64 anni all'interno della popolazione obiettivo. La dimensione campionaria è stata definita in modo tale da avere stime significative per ciascuno strato definito in precedenza. Sulla base del modello di campionamento delle unità statistiche predisposto per l'indagine, sono state inizialmente selezionate le unità statistiche di primo stadio (comuni), distinguendo i comuni autorappresentativi (di grande dimensione, con una popolazione superiore ai 100.000 abitanti) dai comuni non-autorappresentativi (con 1.000 – 100.000 abitanti). Per ciascun comune estratto si è proceduto alla selezione delle unità statistiche di secondo stadio (residenti).

Nella Tabella 1 e nella Tabella 2 sono indicate le distribuzioni dei soggetti campionati secondo la classe di età e l'area geografica di appartenenza. Nel complesso, il campione di soggetti da intervistare è risultato pari a 52.351 residenti.

Tabella 1: Distribuzione dei soggetti da intervistare secondo il piano di campionamento, per età e ripartizione geografica. Anno 2014

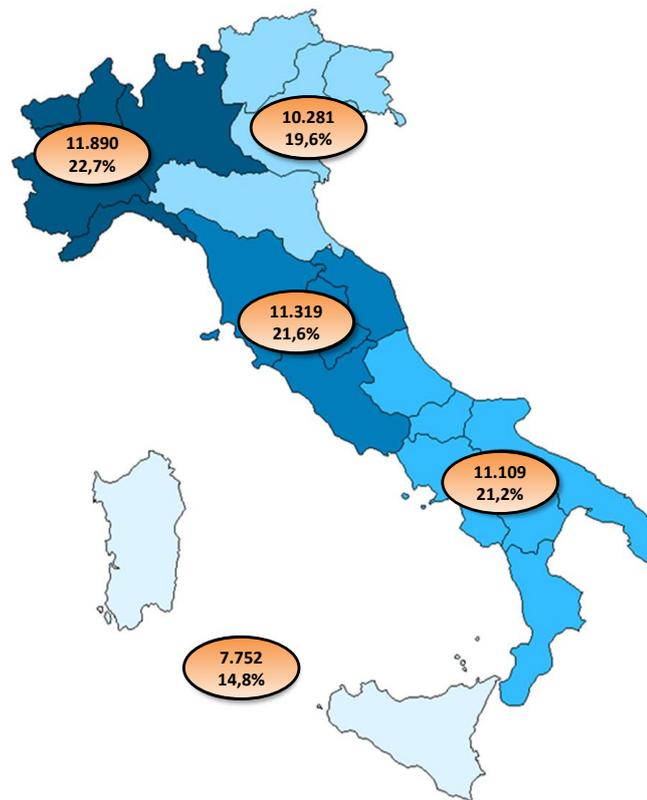
Ripartizione geografica	18-24	25-34	35-64	Totale
Italia nord-occidentale	1.227	2.230	8.433	11.890
Italia nord-orientale	1.046	1.939	7.296	10.281
Italia centrale	1.221	2.193	7.905	11.319
Italia meridionale	1.519	2.321	7.269	11.109
Italia insulare	1.016	1.565	5.171	7.752
Totale	6.029	10.248	36.074	52.351

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 2: Distribuzione dei soggetti da intervistare secondo il piano di campionamento, per età e ripartizione geografica. Anno 2014

Ripartizione geografica	18-24	25-34	35-64	Totale
Italia nord-occidentale	2,3%	4,3%	16,1%	22,7%
Italia nord-orientale	2,0%	3,7%	13,9%	19,6%
Italia centrale	2,3%	4,2%	15,1%	21,6%
Italia meridionale	2,9%	4,4%	13,9%	21,2%
Italia insulare	1,9%	3,0%	9,9%	14,8%
Totale	11,5%	19,6%	68,9%	100,0%

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 1: Distribuzione del campione di indagine per area geografica. Anno 2014

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Strumento di indagine

Per la raccolta dei dati necessari per rispondere agli obiettivi dell'indagine è stato predisposto un questionario postale da autocompilare. Attraverso questo strumento si chiedeva all'intervistato di esprimersi, sia in termini di esperienza che in termini di opinione, in merito a quattro ambiti ben definiti:

a) lo stile di vita: attività fisica e tempo libero, stato di salute, uso di tabacco, di alcol, di energy drink e di farmaci (sedativi, tranquillanti, barbiturici, benzodiazepine, steroidi anabolizzanti);

b) consumo di sostanze psicoattive: hashish e/o marijuana, ecstasy, amfetamine/metamfetamine (eccitanti, stimolanti, Speed, ...), GHB/GBL, eroina, altri oppiacei, allucinogeni (funghi, mescalina, sintetici, LSA, metossietamina), LSD, sostanze inalanti (colle, solventi, popper), cocaina e/o crack, ketamina, altri stimolanti (piperazine, fenilettilamine, 6-APB), cannabinoidi sintetici (Spice, JWH, K2), catinoni sintetici (mefedrone o 4MMC, 4MEC, BK-MDMA, ...), altre sostanze (salvia divinorum, kratom, magic mint, ...), con riferimento a diversi intervalli temporali, ovvero:

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

c) il gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi: poker con denaro in palio, gratta e vinci, giochi al casinò, giochi con i dadi con denaro in palio, scommesse sportive, Bingo, scommesse ippiche o su altri animali, giochi elettronici (slot machines, video-poker, ...) con denaro in palio, lotto, scommesse in internet o giochi on-line con denaro in palio;

d) la percezione del rischio di salute legato al consumo di sostanze psicoattive e il grado di approvazione o disapprovazione nell'assumere determinati comportamenti. Rispetto al questionario utilizzato nella precedente edizione dell'indagine (GPS-DPA 2012), sono state aggiunte due scale validate in letteratura: la prima per la valutazione del consumo problematico di cannabis (scala CAST2 – Cannabis Abuse Screening Test), la seconda per la valutazione del comportamento di gioco al fine di determinare l'indice di gravità (scala SOGS3 – South Oaks Gambling Screen).

Le operazioni di stampa del questionario, della lettera di accompagnamento e della busta preaffrancata per il ritorno del questionario compilato sono state affidate a Poste Italiane S.p.A.. I nominativi dei soggetti campionati dal DPA sono stati trasmessi, secondo un tracciato concordato, a Poste Italiane S.p.A., che ha provveduto alla stampa del suddetto materiale, al controllo della completezza/qualità degli indirizzi da utilizzare per la spedizione ed alla successiva postalizzazione dei questionari. Sono compresi anche i residenti di età 65-79 anni, sui quali è stata condotta un'indagine parallela sul comportamento di addiction da gioco d'azzardo.

Adesione allo studio e qualità dei dati

Lo studio di popolazione generale 18-64 anni è stato condotto nel primo semestre 2014 mediante invio del questionario postale a 52.351 cittadini italiani. In totale i questionari compilati pervenuti al

Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontano a 8.465, con una percentuale di adesione allo studio pari al 16,9%, di cui 136 inutilizzabili ai fini delle elaborazioni.

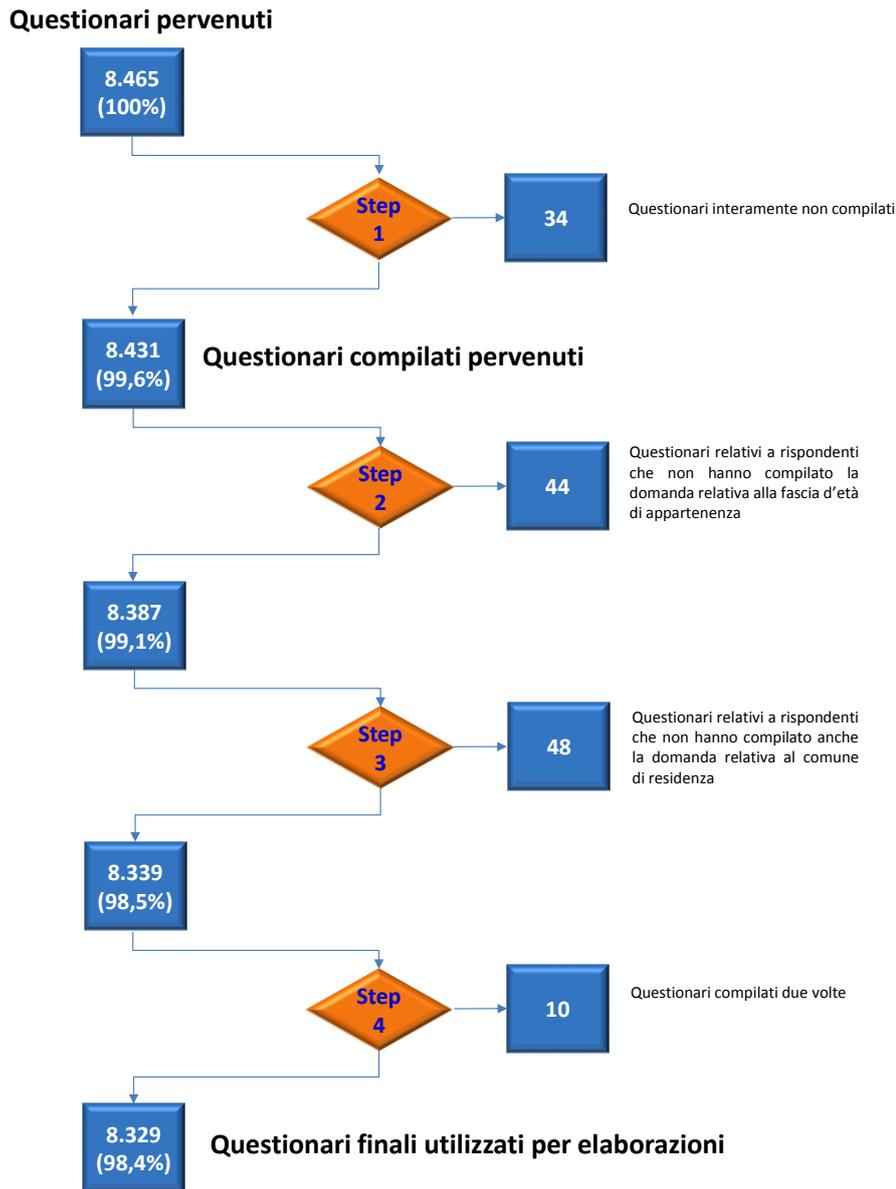
Tabella 3: Distribuzione dei questionari spediti e utilizzabili per l'analisi dei dati nell'indagine di popolazione 18-64 anni, per ripartizione geografica. Anno 2014

Area geografica	Questionari spediti	Questionari non recapitati	Questionari considerati per analisi	Questionari elaborabili / consegnati (%)
Italia nord-occidentale	11.890	373	2.093	18,2
Italia nord-orientale	10.281	350	2.136	21,5
Italia centrale	11.319	475	1.780	16,4
Italia meridionale	11.109	484	1.378	13,0
Italia insulare	7.752	540	942	13,1
Totale	52.351	2.222	8.329	16,6

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Osservando le percentuali dei questionari elaborabili sul totale dei questionari consegnati nelle varie aree geografiche, si osserva che i soggetti residenti nel nord-est evidenziano un tasso di corretta compilazione maggiore (21,5%), mentre i rispondenti del sud Italia e delle isole presentano le percentuali minori (rispettivamente 13,0% e 13,1%). Su un totale di 52.351 questionari spediti, 2.222 sono risultati inesitati, con le seguenti motivazioni: indirizzo destinatario insufficiente, indirizzo destinatario inesistente, destinatario irreperibile, destinatario sconosciuto, destinatario trasferito, destinatario deceduto, questionario rifiutato dal destinatario.

Figura 2: Procedura di controllo qualità dei dati dell'indagine GPS-DPA 18-64 anni. Anno 2014



Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Occorre osservare che la bassa percentuale di rispondenti e, quindi, di dati rilevati rende il campione rilevato non rappresentativo della popolazione generale.

Sintesi dei principali risultati osservati (rispondenti)

In totale i questionari compilati pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontano a 8.465, con una percentuale di adesione allo studio pari al 16,9%. Dopo un'accurata procedura di

controllo di qualità dei questionari pervenuti, il campione finale di rispondenti considerato per le analisi è rappresentato da 8.329 residenti, 56,1% dei quali femmine, con una frequenza maggiore di rispondenti nella classe d'età 35-64 anni.

Il 56,8% dei rispondenti risulta essere coniugato al momento dell'intervista, ed il 43,4% dichiara di vivere con il partner e figlio/i. La maggior parte dei rispondenti possiede un livello di istruzione medio-alto (41,6% diploma di scuola media superiore; 23,5% laurea) e risulta occupata al momento dell'indagine (56,5%).

Considerando gli stili di vita, emerge una maggiore percentuale di maschi che praticano regolarmente attività fisica, propensione in diminuzione all'aumentare dell'età. Differenze di genere si osservano anche in relazione alla frequenza settimanale di pratica delle attività fisiche: è maggiore la percentuale di maschi che praticano attività sportiva con una certa frequenza (più di due volte a settimana) (44,4% contro 39,2% delle femmine). Associato alla maggiore pratica sportiva dei maschi, risulta un maggior consumo di integratori idrosalinici nei trenta giorni precedenti l'intervista (10,4% maschi contro 7,0% femmine), spesso legati allo svolgimento di attività fisica.

Rispetto alle attività praticate nel tempo libero, emergono differenze tra i generi: i maschi preferiscono navigare in internet (50,9%); mentre le femmine prediligono passeggiare (53,9%) e ascoltare musica o leggere (52,4%).

In relazione al ricorso alle strutture socio-sanitarie, nei dodici mesi precedenti l'indagine, risulta un accesso maggiore tra le femmine, soprattutto presso i consultori familiari, e nelle età più giovani (18-24 anni e 25-34 anni). Analizzando questi risultati per area geografica, risulta che al nord-ovest c'è un maggior accesso al pronto soccorso e ai centri di assistenza psicologica/psichiatrica, mentre al sud e nelle isole vi è un ricorso maggiore alla guardia medica e all'assistenza domiciliare. Il ricorso alla degenza ospedaliera, nel medesimo periodo, riguarda maggiormente le femmine, specialmente per quanto riguarda i ricoveri programmati (8,3% contro 6,1% maschi).

Il 28,6% della popolazione ha fumato negli ultimi 12 mesi; il fenomeno riguarda in misura maggiore i maschi in ciascuna fascia d'età considerata (in totale 33,0% dei maschi contro 25,0% delle femmine). Oltre il 60% della popolazione inizia a consumare tabacco tra i 15 e i 19 anni.

I soggetti che nell'ultimo anno hanno utilizzato una sigaretta elettronica contenente nicotina sono pari al 5,0%, con prevalenza maggiore tra i maschi (6,4% contro 3,9% delle femmine). Coloro che hanno fumato nell'ultimo mese rappresentano l'1,7% della popolazione.

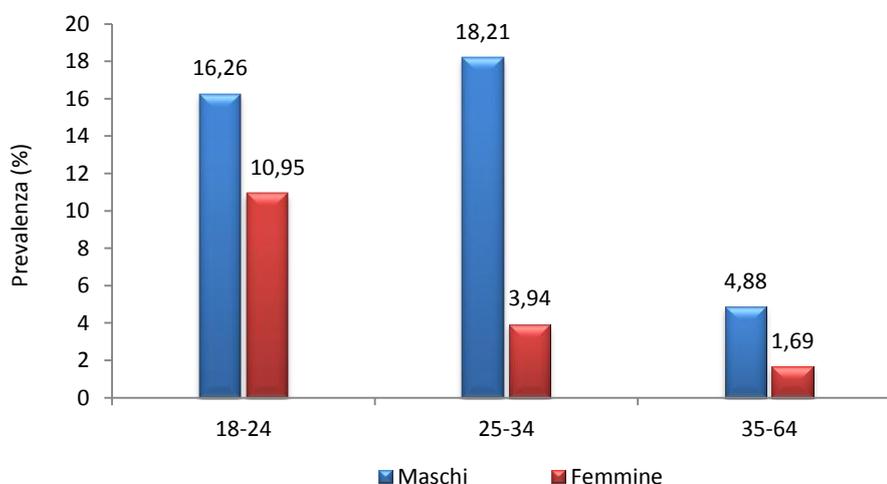
Relativamente al consumo di bevande alcoliche, si stima che solo una minoranza della popolazione di età 18-64 anni, pari al 12,3%, non ha mai assunto alcolici nel corso della propria vita, mentre il 58,7% non ha bevuto alcolici nei 30 giorni prima dell'indagine. Come osservato per il tabacco, anche per queste bevande i maschi consumano di più e con maggiore frequenza (ultimi 30 giorni).

In relazione alle aree geografiche, il consumo di bevande alcoliche nei 30 giorni precedenti l'intervista risulta minore nell'area meridionale/insulare (51,6%). L'età di primo consumo di alcolici

nella maggior parte dei casi è tra i 15 e i 19 anni (60,9%). Negli ultimi trenta giorni si è ubriacato il 4,2% dei maschi contro l'1,4% delle femmine; con frequenza maggiore nella popolazione più giovane (18-24 anni), sia tra i maschi che tra le femmine.

Più della metà della popolazione ha sentito parlare del fenomeno “happy hour” (71,1% dei maschi e 69,2% delle femmine), in misura maggiore tra i giovani 25-34enni e in Italia settentrionale. La partecipazione agli happy hour nei trenta giorni precedenti l'intervista, maggiore tra i maschi tra i 25 e i 34 anni, diminuisce all'aumentare dell'età.

Figura 3: Consumo (prevalenza %) di energy drink nella popolazione rispondente 18- 64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere e fascia d'età. Anno 2014



Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il consumo di energy drink nei trenta giorni precedenti l'intervista risulta maggiore tra i maschi, in tutte le fasce d'età considerate. L'assunzione di queste sostanze avviene per lo più occasionalmente, per entrambi i generi. La prima assunzione di energy drink avviene prevalentemente tra i 15 e i 19 anni.

Il consumo di farmaci caratterizza maggiormente il genere femminile (Tabella 4), con prevalenza maggiore per le benzodiazepine e per i sedativi o tranquillanti in tutti i tre periodi temporali considerati. L'assunzione di farmaci cresce con l'aumentare dell'età, ad eccezione degli steroidi anabolizzanti e dei sedativi o tranquillanti. Nel confronto tra le aree geografiche, i sedativi o tranquillanti risultano più consumati in Italia nord-occidentale, analogamente al consumo di benzodiazepine. Queste sostanze registrano consumi nettamente inferiori nell'area meridionale/insulare, e superiori nell'area nord-ovest.

Tabella 4: Consumo di farmaci (prevalenza %) nella popolazione rispondente 18-64 anni. Anno 2014

Farmaci	In tutta la vita			Negli ultimi 12 mesi			Negli ultimi 30 giorni		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Sedativi o tranquillanti	8,25	11,97	10,31	3,57	5,36	4,56	2,44	3,43	2,99
Barbiturici	0,44	0,86	0,67	0,11	0,41	0,28	0,09	0,35	0,23
Benzodiazepine	14,62	21,95	18,68	5,70	9,67	7,90	3,88	6,17	5,14
Steroidi anabolizzanti	0,25	0,35	0,31	0,08	0,26	0,18	0,04	0,02	0,03

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione rispondente in età 15-64 anni, mostra un aumento generale dei consumatori, in controtendenza rispetto al trend osservato nelle ultime edizioni dello studio (2010 e 2012), soprattutto per la cannabis (hashish o marijuana) e per le sostanze stimolanti (ecstasy e/o amfetamine/metamfetamine) (Figura 13.2). Naturalmente vale quanto detto sopra sul confronto da prendere solo come indicazione e non stima statistica corretta.

La conoscenza di persone che fanno uso di sostanze stupefacenti tra i rispondenti rappresenta il maggior fattore di rischio di assunzione di sostanze illecite da parte generale della popolazione rispondente 18-64 anni (OR=10,4). Aver fumato tabacco o aver assunto bevande alcoliche almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'intervista, rappresentano altri elementi favorevoli al consumo (rispettivamente, OR=6,2 e OR=5,0). Anche essere giocatori d'azzardo patologici, secondo la definizione della scala SOGS, nei 12 mesi precedenti l'indagine, rappresenta un fattore di rischio per il consumo di sostanze illecite (OR=2,1). Infine, i soggetti più giovani presentano un maggior rischio di essere consumatori di sostanze illecite nell'ultimo anno (OR=3,7 per i 18-24enni, OR=3,0 per i 25-34enni) rispetto ai soggetti più adulti.

La prevalenza di gioco nella popolazione 18-64 anni risulta pari a 62,6%, con un valore maggiore nella popolazione maschile (66,9%). Analizzando i dati secondo la fascia d'età, circa il 70,0% dei soggetti da 18 a 34 anni negli ultimi 12 mesi ha partecipato ad almeno uno dei giochi considerati nell'indagine, dato questo che scende al 59,1% nella fascia più adulta. I residenti nell'area meridionale/insulare si caratterizzano per una prevalenza di gioco maggiore (69,0%), a fronte di una forte omogeneità rilevata nelle altre aree d'Italia.

La valutazione del comportamento di gioco, per i soggetti che hanno risposto indicando la partecipazione negli ultimi 12 mesi ad almeno uno dei giochi elencati, è stato valutato attraverso il calcolo di un indice di gravità. Questo è stato stimato tramite la somministrazione della versione italiana validata del questionario South Oaks Gambling Screen (SOGS). Utilizzando questa scala di misura, è stato possibile identificare una quota di giocatori problematici e a rischio di gioco patologico pari al 2,1% ed una quota di giocatori d'azzardo patologici pari all'1,9%. Si stima, quindi, che circa il 4% dei giocatori rispondenti di 18-64 anni abbia un approccio problematico o addirittura patologico al gioco d'azzardo, manifestato nei 12 mesi precedenti l'intervista. Si registra, inoltre, una significativa associazione tra tipologia di giocatore e uso di sostanze stupefacenti consumate nei 12 mesi precedenti l'indagine. Provare ecstasy, eroina, cocaina o amfetamine/metamfetamine, anche una sola volta nella vita, sono attività completamente

disapprovate mentre provare occasionalmente hashish o marijuana viene disapprovato con minore forza.

L'attività indicata con minore disapprovazione risulta bere più di due bicchieri di vino/birra al giorno (19,3%). Tutti questi comportamenti trovano una disapprovazione maggiore tra le femmine, e nella popolazione più adulta (35-64 anni). L'uso di sostanze illecite è percepito maggiormente pericoloso tra i non consumatori rispetto ai consumatori e in percentuale lievemente superiore tra le femmine. In generale, l'eroina risulta la sostanza percepita come più dannosa in uguale misura dalle femmine (84,7%) e dai maschi (83,5%).

2.1.2 Indagine IPSAD®-CNR 2013-2014

Gli aspetti metodologici

Obiettivi conoscitivi

L'Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs (IPSAD®) è una ricerca sui comportamenti d'uso di alcol tabacco e sostanze illegali nella popolazione italiana. La popolazione target dello studio è costituita dai residenti iscritti nelle liste anagrafiche dei vari comuni italiani. Il disegno dello studio è stato strutturato in stretto accordo con le linee guida fornite dall'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT-EMCDDA) di Lisbona così da poter anche di soddisfare il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici chiave proposti dal Consiglio d'Europa.

Il primo studio è stato condotto dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) nel biennio 2001-2002, poi ripetuto nei bienni 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2010-2011 e 2013-2014. L'indagine consiste nella somministrazione di un questionario postale anonimo ad un campione rappresentativo della popolazione generale di età compresa tra i 15 e i 74 anni²⁴, campione estratto in maniera casuale dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del disegno campionario. Il questionario IPSAD®, oltre alle caratteristiche socio-culturali degli intervistati (genere, età, stato civile, livello d'istruzione, condizione abitativa e lavorativa), rileva le condizioni di salute, gli stili di vita e i consumi di sostanze psicoattive (tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicotrope illecite). Nello specifico vengono studiate le esperienze d'uso delle sostanze nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni. Il questionario somministrato contiene, inoltre, vari strumenti standardizzati per la rilevazione dei disturbi dell'alimentazione e del sonno, della dipendenza da lavoro, del gioco d'azzardo e dell'uso

²⁴ Rileva la scelta del CNR di estendere l'indagine sulla popolazione generale anche alla fascia di età 15-17 anni. Tra gli utilizzatori di sostanze appartenenti a tale classe d'età risultano prevalenti infatti coloro che hanno abbandonato la scuola, come si evince dalle indagini nelle comunità e servizi a bassa soglia (riportate in altra sezione della Relazione) e, ancora più chiaramente, dai dati sui minorenni in carcere per reati contro la legge (anch'essi in seguito riportati). La conoscenza di un segmento così importante di popolazione non sarebbe rilevabile con la sola indagine studentesca.

problematico di internet. L'indagine 2013-2014 è stata condotta su un campione iniziale di circa 23.500 residenti di età compresa tra i 15 e i 74 anni, con un tasso di rispondenza finale pari a circa il 35%.

Campionamento

Per l'indagine 2013-2014, non potendo costruire la lista nazionale di tutti i residenti in Italia attingendo dalle anagrafi degli oltre 8.000 comuni italiani, si è proceduto all'elaborazione di un elenco parziale, costituito dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del campione.

In una prima fase i comuni sono stati suddivisi in metropolitani (centro dell'area metropolitana) e non metropolitani. Sono stati considerati come metropolitani i comuni di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari e Palermo. I comuni non metropolitani sono stati suddivisi per regione e rispetto alla popolazione residente, distinguendo comuni fino a 10.000 abitanti e comuni di dimensioni superiori.

I comuni metropolitani sono stati inclusi nel campione con certezza e considerati strati a se stanti. Rispetto ai comuni non metropolitani, per ogni regione ed entro le diverse soglie di popolazione residente, sono stati estratti con probabilità proporzionale alla dimensione demografica uno o più comuni, in base alla dimensione demografica complessiva dell'area territoriale. Acquisite le liste anagrafiche dei comuni selezionati, i residenti sono stati stratificati per genere e fascia di età (15-17, 18-19, 20-24, 25-29, esuccessive fasce quinquennali) ed entro ogni strato così costituito i nominativi sono stati campionati in maniera casuale semplice a quota variabile. Questo procedimento ha permesso un notevole abbattimento dei tempi di realizzazione dell'indagine, anche se ha reso necessaria una procedura di ponderazione al fine di ottenere le stime nazionali. La procedura di ponderazione si è basata su una post-stratificazione secondo età e genere in accordo con la distribuzione della popolazione generale²⁵. Per quanto riguarda la dimensione campionaria, dato che gli indicatori da rilevare sono disomogenei e comprendono prevalenze di consumo relative a sostanze sia di grande diffusione, come ad esempio l'alcol, sia molto contenute come l'eroina, un disegno di campionamento che assicuri prefissati livelli di precisione per tutte le stime prodotte non è attuabile. Si è deciso di adottare quindi una strategia basata su una valutazione degli errori delle stime a livello nazionale dell'uso di eroina negli ultimi dodici mesi. La dimensione del campione teorico in termini di residenti, prefissato a livello nazionale, in base ai criteri riferiti alla strategia di cui sopra, è pari almeno a 7.000 soggetti.

Procedure per lo svolgimento dello studio

L'indagine 2013-2014 ha visto due fasi di invio dei questionari: la prima nel mese di ottobre 2013 per l'intero campione e la seconda nel mese di febbraio 2014, limitatamente ai non rispondenti al primo invio. Nelle buste erano contenuti, insieme a una lettera di presentazione dello studio (nel caso di soggetti di età compresa tra i 15 e i 17 anni indirizzata sia al minore sia ai genitori), le istruzioni, il questionario da compilare, una busta pre-affrancata da utilizzare per restituire il questionario debitamente compilato e una cartolina postale preaffrancata, da spedire

²⁵<http://demo.istat.it/pop2013/index.html>

separatamente, con riportato il nome del mittente, e la scelta di partecipare o meno allo studio e, in quest'ultimo caso, la motivazione.

La cartolina preaffrancata svolge l'importante funzione di escludere le persone che non intendono partecipare, evitando di re-inviare il materiale nella fase di sollecito. La procedura è stata strutturata al fine di rendere anonima e gratuita la partecipazione allo studio e permettere la distinzione dei rispondenti al primo invio così da procedere al secondo invio.

La busta del secondo invio riportava lo stesso materiale del primo, stampato in modo tale da rendere distinguibili le due fasi di somministrazione, unitamente ad una lettera di sollecito per la partecipazione. Le buste sono state inviate all'IFC-CNR, dove si è proceduto all'apertura delle stesse e all'eliminazione del materiale da non utilizzarsi (questionari non compilati, istruzioni, lettere di presentazione, etc.). L'acquisizione dei dati presenti sui questionari cartacei è stata effettuata da operatori IFC-CNR tramite una specifica strumentazione OCR (Optical Character Recognition), utilizzando lo scanning software ReadSoft Forms.

Procedura di verifica dell'acquisizione e analisi affidabilità del database

La tecnologia OCR consente di memorizzare automaticamente le informazioni 'scritte' attraverso un'opportuna conversione dei dati basata sul riconoscimento ottico dei caratteri. Il questionario è stato, infatti, definito graficamente in maniera standardizzata tramite la progettazione di un Template Cartaceo (TC) in cui le informazioni scritte, da acquisire come dati, sono state strutturate in 'aree di lettura' comprensibili per lo scanner e relativo software. Le fasi del processo di lavorazione con OCR hanno previsto lo scanning delle informazioni presenti (scan), l'interpretazione dei dati riconosciuti (interpret), la verifica della bontà degli stessi (verify) mediante postazioni PC monitorate da operatori.

L'output finale (transfer) è stato restituito nei formati elettronici standard, idonei all'import su database e all'elaborazione. Per il processo di verifica della qualità dei dati, sono stati estratti campioni di questionari compilati da acquisire nuovamente allo scanner e da sottoporre alle fasi di lavorazione OCR. Se i risultati dell'output della seconda acquisizione OCR sono stati congruenti con i risultati della prima, il controllo qualità è stato ritenuto eseguito con successo. Al fine di ridurre il numero delle variabili "not valid" e identificare i falsi missing, spesso generati da un eccessivo/insufficiente annerimento delle caselle presenti nel questionario cartaceo, sono stati verificati i valori di risposta acquisiti su set di variabili, suddivise nelle principali aree di interesse (genere, età, alcol, cannabis, ecc.), risalendo dai valori dell'output dati elettronico alla corrispondente scannerizzazione del questionario. Una volta ottenuto il set completo di dati, prima di procedere con le analisi, è stata verificata la consistenza delle risposte fornite nei questionari. Sono stati eliminati i questionari che presentavano: più del 50% di mancata risposta, risposte sistematiche (per esempio aver risposto sempre allo stesso item in colonna), risposte incongruenti (per esempio: aver usato tutte le sostanze 40 o più volte negli ultimi 30 giorni), inconsistenza di almeno una risposta sull'uso di sostanze (per esempio aver risposto di aver fatto uso nei dodici mesi e non nella vita).

I consumi di sostanze psicoattive

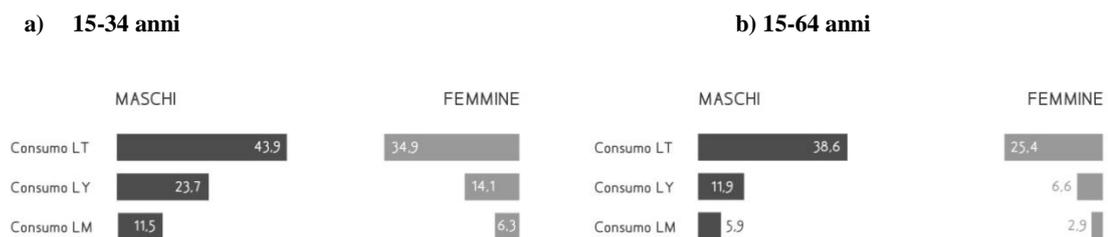
Si stima che circa il 10% degli italiani, con età compresa tra i 15 e i 64 anni, abbia assunto di recente almeno una sostanza illecita, ovvero nel corso dell'ultimo anno. Tale comportamento riguarda poco

meno di 4 milioni di persone, di questi l'87% ha consumato solo una sostanza, mentre il restante 13% due o più. Il consumo di almeno una sostanza illegale ha riguardato circa il 20% dei giovani adulti 15-34enni, coinvolgendone più di 2 milioni e mezzo e tra questa percentuale dei policonsumatori è sovrapponibile a quella della popolazione generale (13%), interessando oltre 330 mila 15-34enni. Tra i maschi si rileva una maggiore diffusione del consumo di sostanze psicoattive: a ogni consumatrice corrispondono quasi 2 consumatori (maschi 12,5%; femmine 7,1%), ma è nelle fasce di età più giovani che si concentra la maggior prossimità alle sostanze (24,6% maschi contro il 14,5% delle femmine).

Il consumo di cannabis

Nella popolazione generale tra i 15 e i 64 anni, il 32% ha provato cannabis almeno una volta nella vita, poco più di 12 milioni e mezzo di persone. La prevalenza è pari quasi al 40% se si considera la fascia d'età 15-34anni, coinvolgendo oltre 5 milioni di sperimentatori tra i giovani. Dalla rilevazione IPSAD@2013-2014 emerge che, tra le sostanze psicoattive illecite, la cannabis è stata anche la sostanza maggiormente utilizzata dalla popolazione generale negli ultimi dodici mesi, ovvero dal 9,2% dei 15-64enni, che corrisponde a più di 3 milioni e mezzo di italiani di pari età. Il consumo nell'ultimo mese, definito consumo corrente, ha riguardato oltre un milione e mezzo di persone (4,4%) e sono quasi 400 mila coloro che hanno riferito di aver consumato cannabis di frequente, ovvero 20 o più volte nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio (i cosiddetti frequent users) (pari all'1% dei 15-64enni). La cannabis è generalmente più diffusa tra la popolazione più giovane (15-34enni): tra questi, circa 2 milioni e mezzo hanno consumato nell'ultimo anno (consumo recente: 19%), quasi 1 milione e 200 mila nell'ultimo mese (8,9%) e quasi 250 mila sono frequent users (1,9%).

Figura 4: Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato cannabis. Anno 2013-2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni)
 IPSAD@2013-2014

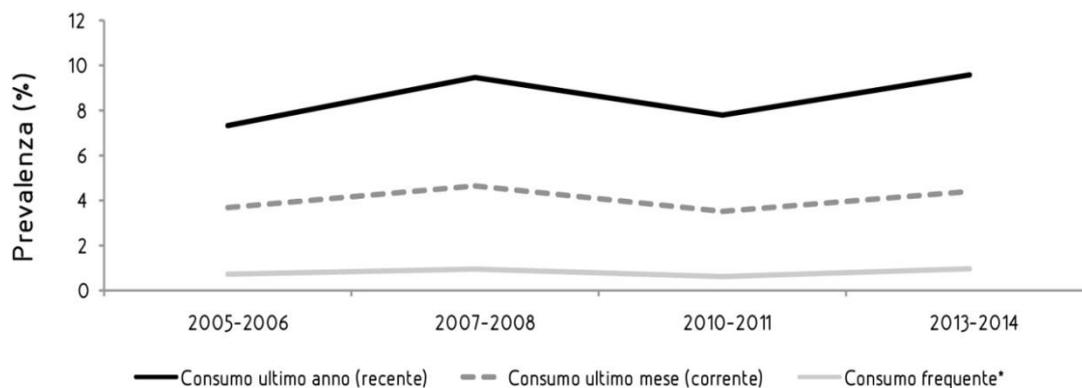
In generale, il 31% degli italiani tra i 15 e i 64 anni, indipendentemente dall'aver o meno consumato cannabis, ritiene che sia facile potersi procurare la sostanza. Tra chi ha consumato cannabis di recente è il 71% a riferire una maggiore facilità di reperimento, e il 63% e il 53% ritiene rispettivamente la casa degli amici e la strada luoghi privilegiati per procurarsi cannabis.

Tra i consumatori correnti il 18% ha speso 50 euro o più nell'ultimo mese per acquistare la sostanza mentre il 54% riferisce di non averne spesi.

Trend dei consumi di cannabis (tassi standardizzati²⁶)

Dal confronto dei tassi standardizzati, si osserva nell'ultima rilevazione un leggero incremento rispetto alla precedente, per quanto riguarda sia il consumo recente sia quello corrente, mentre più stabile risulta il tasso riferito ai frequent users.

Figura 5: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cannabis nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)

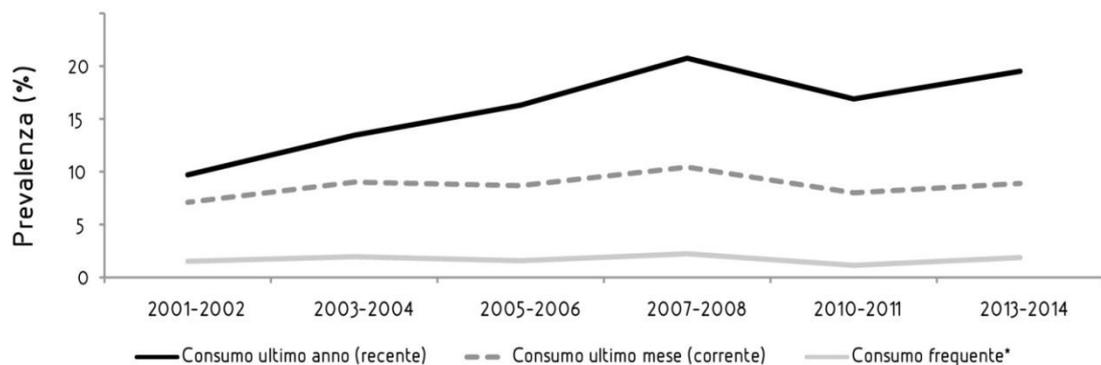


Consumo frequente* = 20 o più volte negli ultimi trenta giorni
 IPSAD®

Per quanto riguarda il consumo recente da parte dei 15-34enni si osserva un costante aumento dal 2002 sino all'anno 2008, per stabilizzarsi nelle indagini successive. Stesso andamento, anche se con variazioni decisamente più ridotte, si osserva in riferimento al consumo corrente e a quello frequente.

²⁶ I valori riportati nei grafici si riferiscono a tassi standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

Figura 6: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cannabis nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)



Consumo frequente*= 20 o più volte negli ultimi trenta giorni
IPSAD®

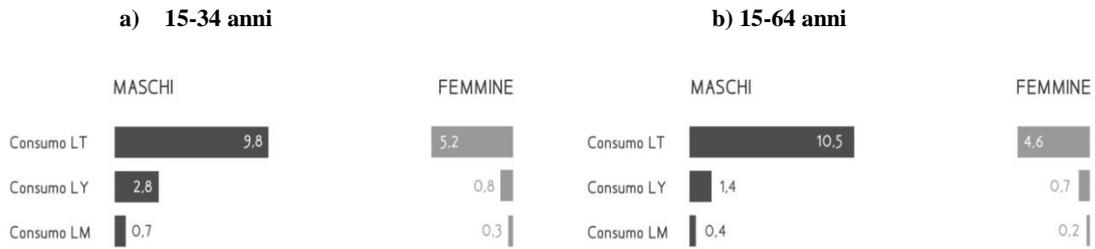
Il consumo problematico di cannabis

Il 15% dei consumatori recenti con età compresa tra i 15 e i 64 anni ha risposto positivamente ad almeno 3 dei 6 quesiti del test di screening CAST (si veda box), con una prevalenza che tra i maschi risulta più elevata (il 18% dei maschi e il 9% delle femmine). Tale quota corrisponde a poco più dell'1% della popolazione italiana 15-64enne, che raggiunge il 2,7% se si fa riferimento ai 15-34enni. La quota di consumatori problematici risulta in leggero aumento rispetto alla rilevazione precedente (IPSAD®2010-2011: circa il 12%).

Il consumo di cocaina

La cocaina è, dopo la cannabis, la sostanza illecita più diffusa. Si stima che quasi 3milioni italiani l'abbiano usata almeno una volta nella vita (7,6%) e poco più di 430mila italiani ne abbiano fatto uso nell'ultimo anno (1,1%), 240mila dei quali sono 15-34enni, con una prevalenza pari dell'1,8%. Sono i maschi a far rilevare prevalenze più elevate (1,4% contro lo 0,7% delle femmine), e tra i 15-34enni si osservano prevalenze più di tre volte superiori rispetto alle coetanee (2,8% vs 0,8%). Nell'ultimo mese sono stati circa 120mila i 15-64enni ad aver consumato cocaina (0,3%), oltre la metà dei quali è rappresentato da giovani adulti (0,8% dei 15-34enni).

Figura 7: Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato cocaina. Anno 2013-2014



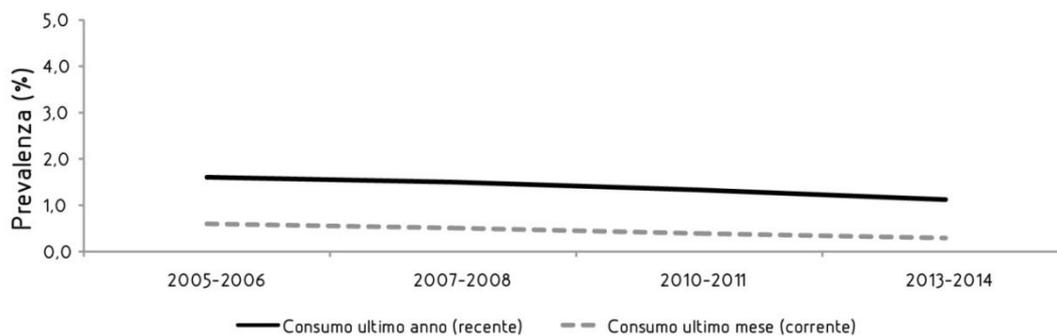
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni).
 IPSAD®2013-2014

Il 12% degli italiani ritiene che la cocaina sia possibile reperirla facilmente e, tra i consumatori recenti, questa opinione è condivisa da oltre il 73%. Sia la strada sia la casa degli amici sono considerati i luoghi dove è facile reperirla (50%), così come in discoteca o direttamente attraverso uno spacciatore (rispettivamente per il 47% e il 44% dei consumatori).

Trend dei consumi di cocaina (tassi standardizzati²⁷)

Rispetto alle precedenti rilevazioni il consumo recente di cocaina è in costante diminuzione, mentre quello corrente, pur evidenziando un andamento in lieve flessione, presenta valori tendenzialmente più stabili, senza rilevanti differenze tra le indagini.

Figura 8: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cocaina nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)

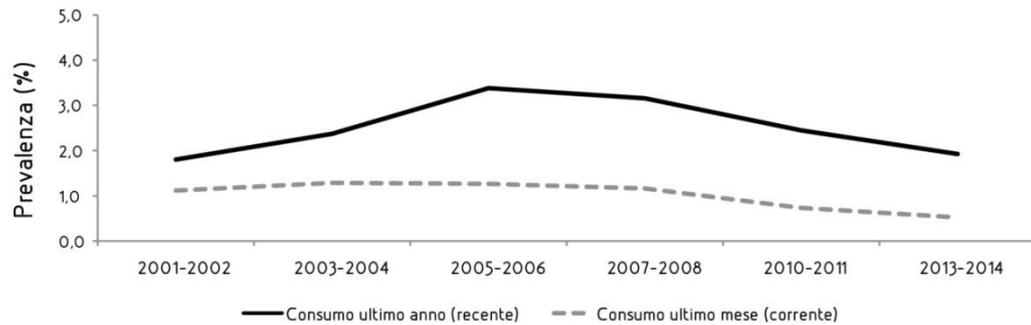


IPSAD®

²⁷ I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

Tra i giovani adulti dal 2002 al 2006 si rileva un costante aumento delle prevalenze riferite al consumo recente, mentre negli anni successivi, anche per questa fascia d'età, si osserva una tendenza decrescente. Abbastanza stabile dal 2002 al 2008 risulta il consumo riferito all'ultimo mese, mentre nelle ultime due indagini si assiste a una leggera flessione.

Figura 9: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cocaina nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)

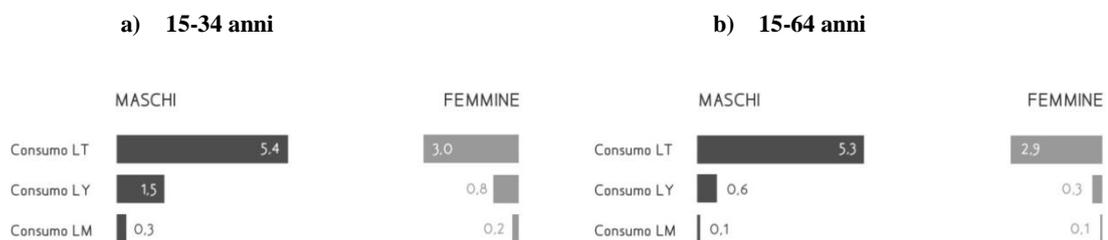


IPSAD®

Il consumo di stimolanti

Il consumo almeno una volta nella vita degli stimolanti (amfetamine, ecstasy, MDMA, ecc.) ha coinvolto oltre un milione e mezzo di italiani di 15-64 anni (4,1%), mentre il consumo recente degli stimolanti si attesta allo 0,5%, coinvolgendo circa 180mila persone, 155mila delle quali hanno un'età compresa tra i 15 e i 34 anni (che corrisponde all'1,2% della popolazione di pari età). Anche in questo caso, le prevalenze maschili risultano superiori a quelle delle coetanee. Rispetto ai consumi recenti, le prevalenze in entrambe le fasce d'età si riducono: sono poco più di 30mila i 15-64enni che hanno consumato stimolanti nel mese antecedente la compilazione del questionario (0,1%), dei quali quasi 26mila sono giovani adulti (0,2%).

Figura 10: Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato stimolanti. Anno 2013-2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni).

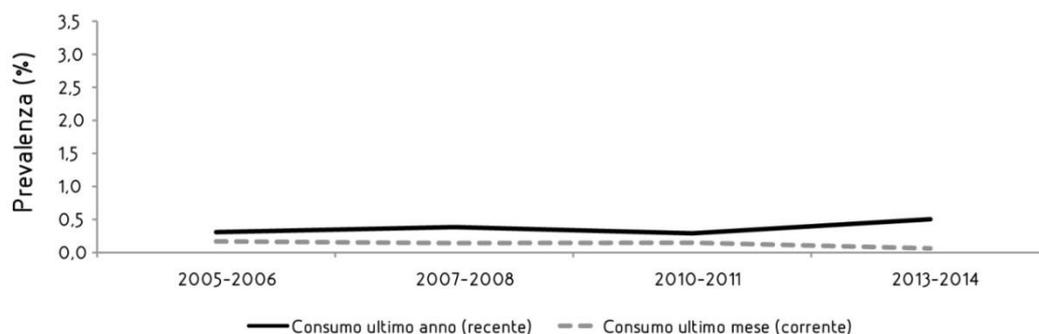
IPSAD®2013-2014

Se tra la popolazione generale di 15-64 anni il 9% ritiene che gli stimolanti si possano reperire facilmente, tra i consumatori recenti la quota di chi condivide questa opinione raggiunge il 52%, riferendo la discoteca (77%), le manifestazioni pubbliche (43%) e tramite uno spacciatore (33%) i luoghi privilegiati per il reperimento.

Trend dei consumi di stimolanti (tassi standardizzati²⁸)

Per quel che riguarda il consumo recente si evidenziano lievi incrementi nell'ultima rilevazione mentre il consumo corrente presenta valori pressoché costanti nelle varie rilevazioni.

Figura 11: Andamento temporale della prevalenza di consumo di stimolanti nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)

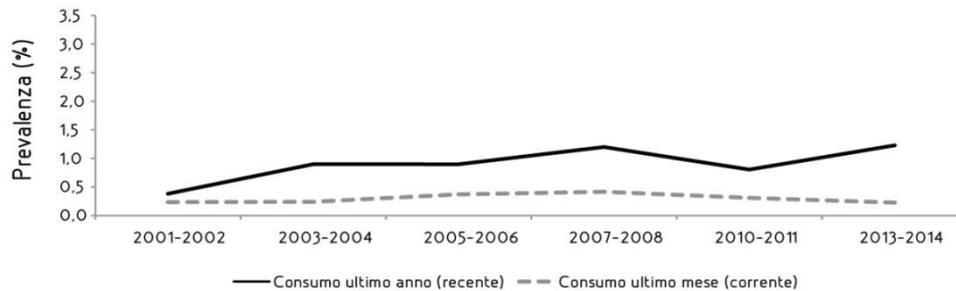


IPSAD®

I tassi standardizzati riferiti al consumo recente di stimolanti da parte dei 15-34enni evidenziano variazioni più importanti tra il 2002 e il 2008. Sebbene si osservi una diminuzione nel 2011, le prevalenze aumentano nuovamente nel 2014. I consumi correnti invece restano più stabili nel corso degli anni.

²⁸ I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

Figura 12: Andamento temporale della prevalenza di consumo di stimolanti nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)

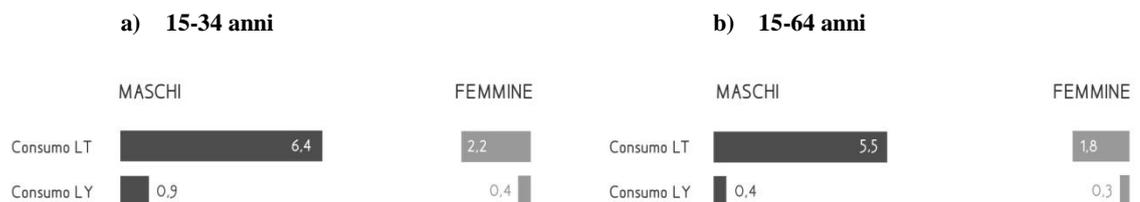


IPSAD®

Il consumo di allucinogeni

Il consumo nella vita di allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina, ecc.) ha coinvolto quasi un milione e mezzo di italiani (3,7%), quasi un terzo dei quali di età compresa tra i 15 e i 34 anni (4,3%). Il consumo recente di allucinogeni è pari allo 0,3% e ha riguardato quasi 120mila soggetti, consumo che tra i 15-34enni ha interessato poco più di 90mila individui (0,7%). È soprattutto tra questi ultimi che i maschi risultano in quota quasi doppia a quella delle coetanee. Nella popolazione totale, invece, le prevalenze per genere risultano abbastanza simili.

Figura 13: Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato allucinogeni. Anno 2013-2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi)
 IPSAD®2013-2014

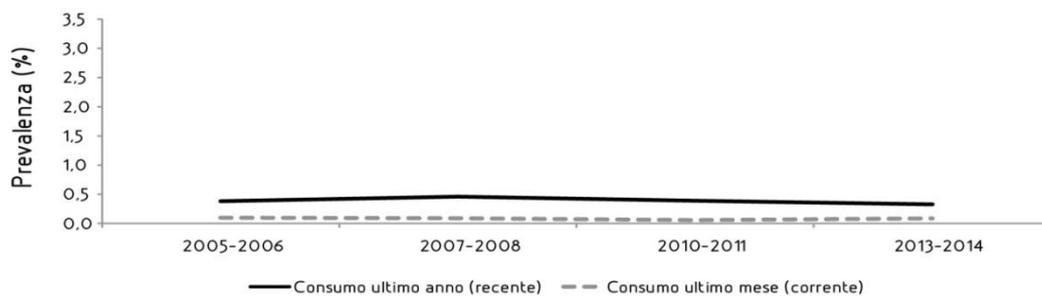
Il 5% della popolazione generale ritiene che gli allucinogeni siano di facile reperimento, per raggiungere il 61% tra chi li ha assunti nel corso degli ultimi 12 mesi. Discoteca emanifestazioni

pubbliche (entrambe 50%) sono i luoghi identificati dai consumatori recenti per il reperimento di allucinogeni, a seguire lo spacciatore (45%) e la strada (35%).

Trend dei consumi di allucinogeni (tassi standardizzati)²⁹

Dal 2008 il consumo recente di allucinogeni segna una lieve e costante diminuzione, mentre risulta sostanzialmente stabile l'andamento segnato dal consumo corrente.

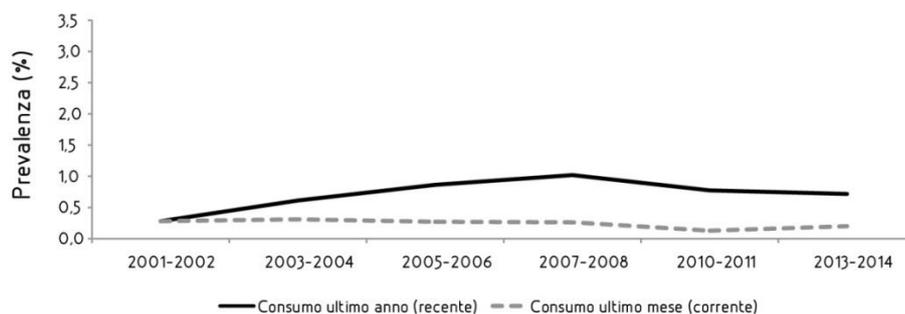
Figura 14: Andamento temporale della prevalenza di consumo di allucinogeni nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)



IPSAD®

Anche tra i 15-34enni, dopo un costante aumento dal 2002 al 2008, si è assistito a un decremento delle prevalenze dal 2011. Rispetto al consumo corrente, invece, le prevalenze sono state costanti sino alle ultime due rilevazioni: indagini nelle quali hanno segnato lievi variazioni.

Figura 15: Andamento temporale della prevalenza di consumo di allucinogeni nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)



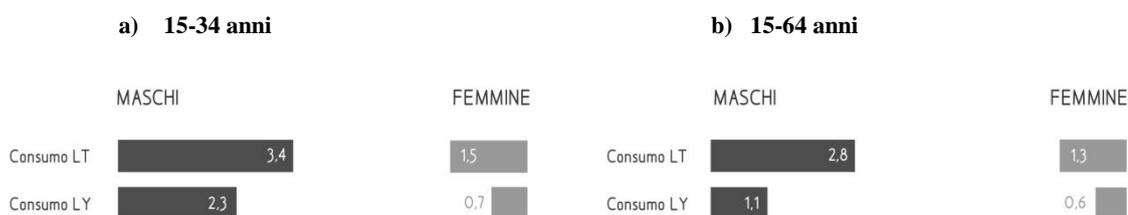
IPSAD®

²⁹ I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

Il consumo di eroina

Il consumo di eroina (inclusi altri oppiacei, quali oppio, morfina, metadone, ecc.) almeno una volta nella vita ha coinvolto quasi 800mila italiani tra i 15 e i 64 anni (2%), meno della metà dei quali giovani adulti: poco più di 300mila, pari al 2,5% della popolazione 15-34enne. Negli ultimi 12 mesi il consumo di eroina ha riguardato lo 0,8% della popolazione generale, circa 320mila persone. Come rilevato per le altre sostanze, la quota maschile risulta superiore a quella femminile, in particolare tra i giovani adulti. Tra questi ultimi il consumo recente di eroina ha interessato circa 190mila persone.

Figura 16: Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato eroina. Anno 2013-2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi)
 IPSAD@2013-2014

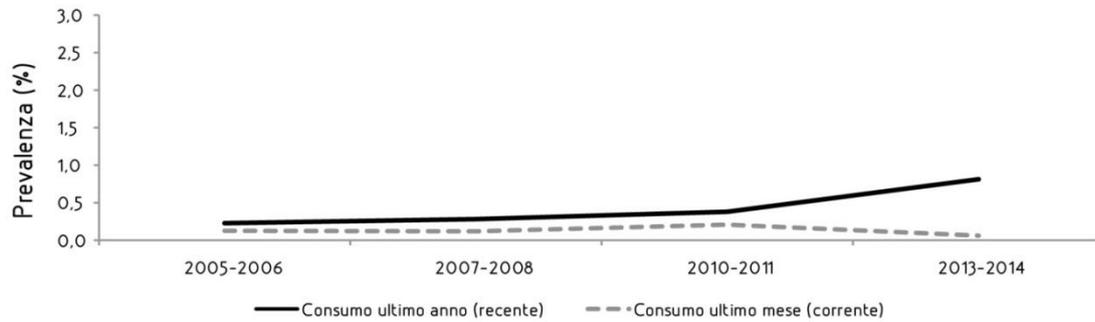
Tra la popolazione generale il 5% ritiene sia facile poter reperire eroina e tra i consumatori recenti la percentuale raggiunge il 20%. Lo spacciatore è indicato come il tramite attraverso il quale, chi ha consumato eroina negli ultimi dodici mesi, pensa di poter reperire la sostanza (26%); seguono, entrambe al 15%, le manifestazioni pubbliche e la strada.

Trend dei consumi di eroina (tassi standardizzati)³⁰

Se il consumo recente di eroina dal 2006 al 2011 ha fatto registrare un lieve costante aumento, soprattutto nell'ultima rilevazione, quello corrente si mantiene stabile nel corso degli anni, con una lieve riduzione negli ultimi anni di indagine.

³⁰ I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

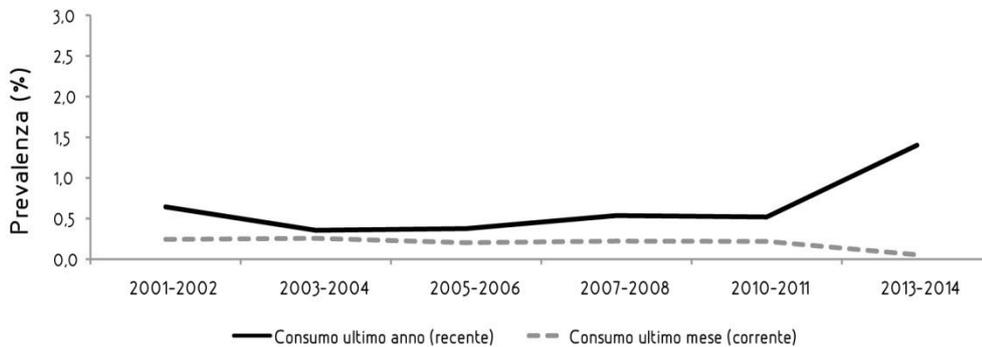
Figura 17: Andamento temporale della prevalenza di consumo di eroina nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)



IPSAD®

Stessa tendenza si riscontra anche nella fascia d'età più giovane: i consumi recenti sono quasi triplicati negli ultimi anni. Il consumo corrente, al contrario, dopo anni di andamento costante, nell'ultima indagine fa rilevare una lieve flessione.

Figura 18: Andamento temporale della prevalenza di consumo di eroina nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)



IPSAD®

Indagine IPSAD® 2013-2014: campione, rispondenti e non rispondenti

L'indagine IPSAD® nell'edizione 2013-2014 è stata condotta a partire da un campione di 23.306 residenti in Italia e di età compresa tra i 15 ed i 74 anni.

Di seguito è riportata la distribuzione per area geografica, genere e fasce di età decennali del campione teorico di residenti estratti dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati per l'indagine.

Distribuzione per genere, classe di età ed area territoriale del campione teorico

Area territoriale	Genere	Classe di età						Totale
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Centro	Maschio	385	333	410	400	322	365	2.215
	Femmina	370	339	412	407	346	424	2.298
Nord	Maschio	881	756	1.011	973	770	881	5.272
	Femmina	861	780	955	946	799	999	5.340
Sud-Isole	Maschio	864	663	684	685	564	570	4.030
	Femmina	851	683	680	688	593	656	4.151
Totale	Maschio	2.130	1.752	2.105	2.058	1.656	1.816	11.517
	Femmina	2.082	1.802	2.047	2.041	1.738	2.079	11.789
Totale		4.212	3.554	4.152	4.099	3.394	3.895	23.306

La conduzione dello studio ha previsto due ondate di invio dei questionari, la prima a tutto il campione, la seconda limitata ai non rispondenti, ovvero a quei residenti che non avessero spedito la cartolina nominativa con la quale comunicavano l'adesione oppure la volontà di non partecipare. I questionari complessivamente ricevuti sono stati 8.133, pari ad una rispondenza del 34,9%. In tabella è riportata la distribuzione per genere e fasce di età rilevate dai questionari ricevuti³¹.

Distribuzione per genere e classe di età dei partecipanti allo studio IPSAD rilevata dal questionario ricevuto	Classe di età						Totale
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Genere							
Maschio	471	527	544	673	627	677	3.519
Femmina	752	814	742	828	611	443	4.190
Totale	1.223	1.341	1.286	1.501	1.238	1.120	7.709

Nella conduzione complessiva dello studio, viste le tematiche affrontate, sono stati privilegiati gli aspetti

³¹ In 404 questionari ricevuti non era presente l'informazione sul genere e/o l'età

di tutela dell'anonimato dei rispondenti, con l'obiettivo primario di stimolare la partecipazione allo studio stesso.

Per questo motivo i questionari inviati non riportavano nessuna informazione che potesse in alcun modo far percepire al rispondente un qualche tentativo di individuazione della persona, come ad esempio una codifica dell'area territoriale di residenza. Negli studi IPSAD® precedenti, in cui i questionari venivano stampati in maniera differente da zona a zona, non era infatti infrequente la ricezione di questionari mancanti delle pagine codificate, ad indicare da un lato l'attenzione dei partecipanti e dall'altro il possibile effetto disincentivante a partecipare ad indagini che già di per se presentano tassi di rispondenza non elevati. Nello studio IPSAD® la valutazione della rispondenza a livello di area territoriale può comunque essere fatta considerando le cartoline inviate dai partecipanti separatamente dal questionario, che, per l'indagine 2013-2014, sono state complessivamente 7.369, di cui 5.683 riportanti la partecipazione allo studio, come riportato nella tabella seguente.

Distribuzione per genere, classe di età ed area territoriale dei partecipanti allo studio IPSAD rilevata dalla cartolina ricevuta

Area territoriale	Genere	Classe di età						Totale
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Centro	Maschio	68	69	79	111	111	159	597
	Femmina	99	76	102	120	92	86	575
Nord	Maschio	163	129	183	233	218	335	1.261
	Femmina	248	180	246	278	248	234	1.434
Sud-Isole	Maschio	135	125	116	145	173	234	928
	Femmina	192	131	144	169	136	116	888
Totale	Maschio	366	323	378	489	502	728	2.786
	Femmina	539	387	492	567	476	436	2.897
Totale		905	710	870	1.056	978	1.164	5.683

In termini di comunicazione della partecipazione all'indagine si osserva una minor attenzione, seppur lieve, da parte dei residenti dell'Italia meridionale/insulare.

Il problema dei non rispondenti è comunque di non poco conto in indagini particolari come lo studio IPSAD® in quanto è possibile che la propensione a partecipare, e quindi a rispondere ai quesiti posti, sia anche legata alle tematiche oggetto di studio, generando quella condizione denominata autoselezione del campione (dei rispondenti). In buona sostanza il rischio è che chi ha risposto al questionario si differenzi da chi non ha risposto non solo perché ha effettivamente partecipato all'indagine, ma anche perché ha altre caratteristiche diverse, comprendendo tra queste quelle oggetto di studio. L'approccio standard per correggere le stime in condizione di autoselezione del campione prevede l'utilizzo di metodi di calibrazione delle stime stesse. Si tratta di procedure che mettono in relazione caratteristiche note a livello di popolazione con quanto rilevato dall'indagine sulle stesse caratteristiche, in maniera tale da

definire una struttura di pesi adeguata per le stime^{32,33,34}. Per lo studio IPSAD® l'utilizzo di tali procedure può però non risultare ottimale vista la totale anonimizzazione del questionario. Quello che può essere fatto, e che è in corso in quanto oggetto di ricerca, è l'analisi comparata dei tassi di partecipazione rilevati tramite le cartoline e le caratteristiche territoriali dei rispondenti e dei non rispondenti, con l'obiettivo di valutare se la propensione a partecipare sia in qualche modo legata a situazioni territoriali più o meno compromesse, misurate ad esempio tramite indici di deprivazione socio-economica³⁵ od altri indicatori strutturati di contesto.

Il danno associato al consumo di una o più sostanze psicoattive (indicatori FUS e PDS)

Gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS) rappresentano, rispettivamente, la frequenza globale del consumo di una o più droghe e la misura del danno che l'assunzione di queste provoca alla salute. La definizione di questi indicatori, si basa sulla classificazione delle conseguenze negative sulla salute fatta da Van Amsterdam (Van Amsterdam et al. 2010)³⁶, il quale ha assegnato un punteggio di danno a ciascuna sostanza considerandone la tossicità acuta, la tossicità cronica e la dipendenza. Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi di Van Amsterdam. La descrizione più dettagliata di questi indicatori si può trovare in Mammone et al. 2014³⁷.

Gli indicatori FUS e PDS sono stati calcolati, per le rilevazioni condotte dal 2005 al 2014, sul campione di italiani tra i 15 e i 34 anni e tra i 15 e i 64 anni che hanno riferito di aver consumato almeno una sostanza illecita³⁸ nel corso dei 30 giorni antecedenti alla compilazione del questionario. Al trend degli indicatori FUS e PDS è stato affiancato quello relativo alla prevalenza d'uso di almeno una sostanza.

Questi indicatori, tra il 2005 e il 2014 hanno avuto un andamento altalenante. I giovani adulti tra i 15 e i 34 anni mostrano un andamento nel tempo abbastanza simili a quelli dei 15-64enni rispetto agli indicatori di frequenza globale e danno. La prevalenza d'uso dei giovani adulti, tuttavia, è nettamente più alta per tutto il periodo di osservazione. Ciò significa che, nonostante l'uso sia più diffuso tra i giovani adulti, le loro modalità e frequenze d'uso non sono più dannose per la salute di quelle dei 15-64enni. Questa situazione si è mantenuta invariata nel tempo, con l'unica

³²Deville J.C., C.E. Särndal. 1992. Calibration Estimators in Survey Sampling. *Journal of the American Statistical Association*, 87:367-382.

³³Kott, Phillip S. 2006. "Using Calibration Weighting to Adjust for Nonresponse and Coverage Errors." *Survey Methodology* 32(2):133-142.

³⁴<http://www.istat.it/it/strumenti/metodi-e-strumenti-it/metodi-di-elaborazione/biblio-estimation>

³⁵Caranci N., et al. 2010. L'indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento: definizione, descrizione e associazione con la mortalità. *Epidemiologia e Prevenzione* 34(4): 167-176.

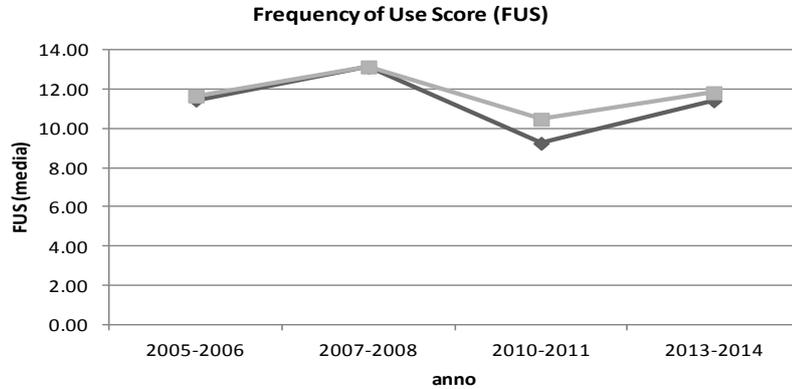
³⁶ Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *Eur Addict Res* 2010;16:202-207.

³⁷ Mammone, A., Fabi, F., Colasante, E., Siciliano, V., Molinaro et al. (2014). New indicators to compare and evaluate harmful drug use among adolescents in 38 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 31, 343-58.

³⁸ Cannabis, eroina, cocaina, stimolanti, allucinogeni.

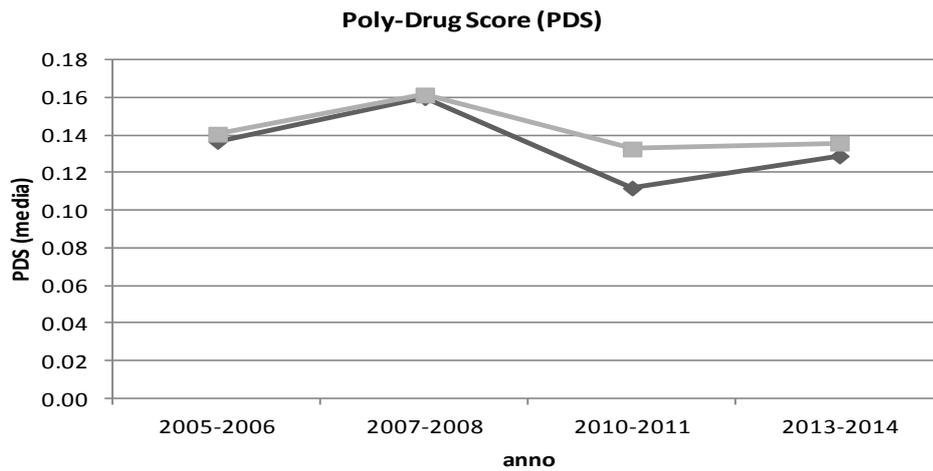
eccezione della rilevazione 2011 in cui gli indicatori di danno e frequenza globale dei 15-34enni risultano leggermente più bassi di quelli dei 15-64enni.

Figura 19: Andamento temporale del FUS. Popolazione italiana 15-34 anni e 15-64 anni. Anni 2005-2014



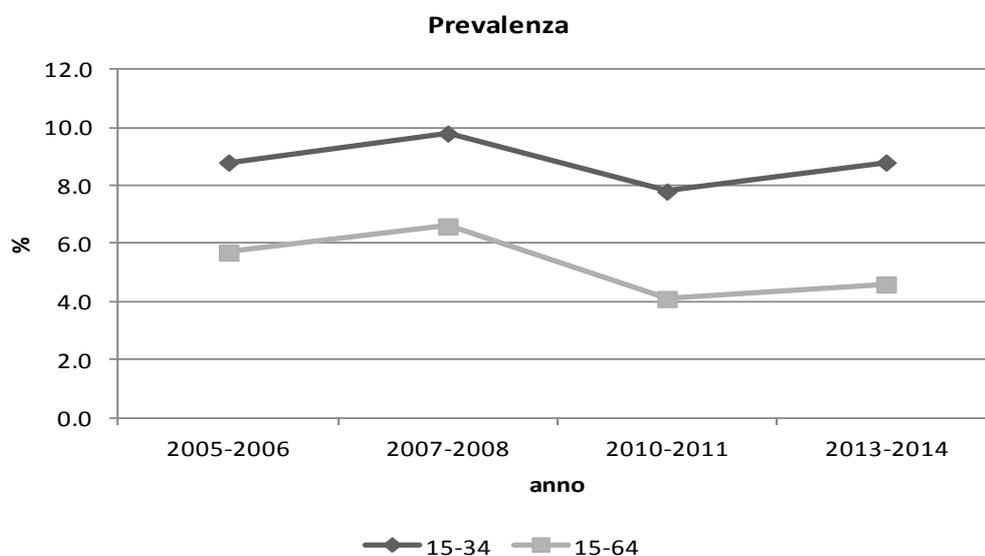
IPSAD®

Figura 20: Andamento temporale del PDS. Popolazione italiana 15-34 anni e 15-64 anni. Anni 2005-2014



IPSAD®

Figura 21: Andamento temporale della prevalenza. Popolazione italiana 15-34 anni e 15-64 anni. Anni 2005-2014



IPSAD®

2.2 Analisi sui dati sulla popolazione studentesca

2.2.1 Indagine SPS- DPA 2014

La realizzazione di indagini sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione scolastica, oltre a soddisfare un fabbisogno informativo indispensabile per il monitoraggio del fenomeno, costituisce la base per la pianificazione di ulteriori interventi di approfondimento e di completamento del profilo conoscitivo sulla popolazione giovanile per la pianificazione di opportuni interventi di prevenzione. Le prime attività di ricerca sono state condotte all'inizio degli anni '80 dal Gruppo Pompidou del Consiglio di Europa, con l'obiettivo di sviluppare metodologie e strumenti standard per le indagini nelle scuole. Ad inizio anni '90, il Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), sulla base dell'esperienza maturata dal Gruppo Pompidou, ha avviato un progetto per valutare l'interesse da parte di ricercatori europei per la realizzazione di un'indagine nelle scuole sul consumo di tabacco, alcol ed altre sostanze psicotrope. Dopo un lungo processo di pianificazione dello studio nel 1995 è stata avviata la prima indagine nelle scuole rivolta agli studenti di età 15 e 16 anni (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD). Tutti gli Stati aderenti allo studio hanno prodotto un National Report, sulla base del quale è stato predisposto il primo report ESPAD, che caratterizzò il primo protocollo standard europeo per le indagini nelle scuole secondarie superiori sul consumo di tabacco, alcol e droga.

2.2.1.1 Obiettivi Generali

In continuità con gli studi condotti negli anni precedenti, ed in conformità con l'obiettivo generale dello studio standard europeo, la finalità generale dell'indagine sul consumo di sostanze

stupefacenti nella popolazione scolastica, è quella di monitorare nel tempo il fenomeno, sia dal punto di vista quantitativo (prevalenza di consumo) che in termini qualitativi (caratteristiche dei consumatori di sostanze psicotrope e modifiche di tipi di consumo e di sostanze). L'utilizzo di strumenti e protocolli standard europei permette inoltre di effettuare un confronto dei dati rilevati a livello nazionale sul consumo di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica con i risultati riscontrati negli altri Paesi europei che aderiscono allo studio. Un'ulteriore finalità delle informazioni raccolte è quella di ottemperare al debito informativo annuale nei confronti dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (EMCDDA).

2.2.1.2 Obiettivi Specifici

Declinando il principale obiettivo dell'indagine, riferito alla stima della prevalenza di consumatori di sostanze psicotrope ed alla descrizione delle caratteristiche dei consumatori, sono stati definiti alcuni obiettivi specifici, parte dei quali direttamente mutuati dal protocollo di studio europeo ed altri oggetto di interesse dell'Ente promotore dello studio (Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Università di Bologna).

Un obiettivo specifico dell'indagine riguarda la valutazione dell'esperienza d'uso delle diverse sostanze nella vita degli studenti, al fine di osservare la diffusione del consumo; è stato indagato inoltre l'uso riferito agli ultimi 12 mesi, quale fotografia di coloro che hanno avuto contatto con la sostanza nell'ultimo anno; è stato rilevato, infine, il consumo negli ultimi 30 giorni, al fine di analizzare quella parte di popolazione scolastica che utilizza la sostanza frequentemente, come previsto dall'EMCDDA.

L'obiettivo generale di confrontare le stime di prevalenza con altre realtà europee sulla base dell'utilizzo di protocolli standard, si coniuga perfettamente con i precedenti obiettivi specifici. Le prevalenze del consumo di sostanze secondo i tre archi temporali di riferimento (nella vita, nell'ultimo anno, nell'ultimo mese), trovano infatti possibilità di confronto diretto, sia a livello nazionale tra le differenti aree geografiche dell'Italia, sia in un contesto geografico più ampio, a livello europeo e mondiale.

Piano di Campionamento

Analizzando il piano di campionamento per l'indagine SPS 2014, il collettivo da rappresentare è caratterizzato dagli studenti di età 15-19 anni frequentanti gli istituti di scuola media superiore pubblici, operanti in Italia all'epoca della rilevazione. Le unità di campionamento sono le seguenti:

- a) unità elementari d'indagine oggetto di rilevazione tramite questionario auto-compilato on-line: studente di 15-19 anni frequentante gli istituti di scuola media superiore;
- b) unità di campionamento di primo stadio: istituto di scuola media superiore;
- c) unità di campionamento di secondo stadio: "classe" attiva nell'ambito di un istituto di scuola media superiore.

Le unità di primo stadio (istituti scolastici) sono stratificati congiuntamente in base all'area geografica di appartenenza (Nord- Ovest, Nord Est, Centro, Sud e Isole) ed alla tipologia di istituto scolastico (licei ed istituti ex-magistrali, istituti tecnici, istituti professionali, istituti e licei artistici). Le unità di secondo stadio (classi all'interno dell'istituto estratto) sono state classificate per anno di corso attivo nell'ambito dell'istituto (1°, 2°, 3°, 4°, 5° anno di corso).

Scuole Partecipanti Allo Studio

Complessivamente hanno partecipato allo studio 438 istituti scolastici di secondo grado, corrispondenti ad una percentuale di partecipazione, rispetto alle scuole previste dal piano di campionamento (619), pari al 70,8%. Nella tabella che segue viene riportata la distribuzione delle scuole partecipanti, secondo l'area geografica di ubicazione e la tipologia di istituto.

Tabella 5: Distribuzione degli istituti scolastici che hanno partecipato all'indagine, secondo l'area geografica e la tipologia di istituto. Anno 2014

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	44	36	17	10	107
Italia nord-orientale	28	28	17	9	82
Italia centrale	21	28	13	8	70
Italia meridionale/insulare	67	54	39	19	179
Totale	160	146	86	46	438

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

La partecipazione delle scuole allo studio risulta inferiore nell'Italia centrale (61,9%), e nell'Italia meridionale/insulare (66,8%), mentre la partecipazione più alta si osserva nell'Italia nord-orientale (83,7%). Con riferimento alla tipologia di istituto, ha partecipato all'indagine una percentuale maggiore di istituti tecnici e licei (rispettivamente 74,5% e 72,7%), rispetto a quanto rilevato per gli istituti e licei artistici (59,0%).

Tabella 6: Percentuali di partecipazione delle scuole sul totale scuole campionate, secondo l'area geografica e la tipologia di istituto. Anno 2014

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	81,5	87,8	65,4	52,6	76,4
Italia nord-orientale	87,5	87,5	81,0	69,2	83,7
Italia centrale	50,0	80,0	59,1	57,1	61,9
Italia meridionale/insulare	72,8	61,4	69,6	59,4	66,8
Totale	72,7	74,5	68,8	59,0	70,8

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 7: Distribuzione degli studenti partecipanti all'indagine, secondo l'area geografica e la tipologia di istituto. Anno 2014

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	3.692	2.939	1.252	772	8.655
Italia nord-orientale	2.248	2.168	1.431	810	6.657
Italia centrale	1.787	2.290	1.016	667	5.760
Italia meridionale/insulare	5.812	4.366	2.319	1.353	13.850
Totale	13.539	11.763	6.018	3.602	34.922

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Ha partecipato all'indagine una percentuale maggiore di studenti dell'Italia settentrionale (nel nord-est 84,9% e nel nord-ovest 77,3%), rispetto a quanto osservato nell'Italia centrale (63,7%) e nel sud/isole (64,6%). Il grado di partecipazione degli studenti risulta inferiore negli istituti artistici e negli istituti professionali (rispettivamente 57,7% e 60,2%) rispetto a quanto rilevato tra gli studenti frequentanti gli istituti tecnici ed i licei (rispettivamente 75,0% e 76,9%).

Considerazioni sui tassi di risposta

Nella Relazione al Parlamento del 2010 è riportato per esteso il disegno della prima rilevazione SPS, il piano di campionamento, la percentuale di adesione delle scuole campionate (80% a livello nazionale) e degli studenti (75% a livello nazionale) suddivisi per territorio e tipo di scuola. Questa informazione non è presente nelle Relazioni successive, ma la percentuale di adesione delle scuole scende fino al 70,8% a livello nazionale nel 2014, con una situazione molto diversificata per territori e istituti scolastici. Risulta: nel nord-est 83,7% e nel nord-ovest 76,4%; nell'Italia centrale 61,9%; nel sud/isole 66,8%, riducendo la rappresentatività. Infatti, per l'Italia centrale e il sud/isole anche la percentuale di studenti aderenti è particolarmente bassa: nel nord-est 84,9% e nel nord-ovest 77,3%, nell'Italia centrale 63,7% e nel sud/isole 64,6%. La percentuale è inferiore negli Istituti e Licei artistici 59%. (nord-est 69,2, nord-ovest 52,6, Italia centrale 57,1, sud/isole 59,4).

Considerando assieme tutti i livelli di risposta si ottiene la percentuale di adesione totale di studenti che è: nel nord-est 71,1, nel nord-ovest 59,1, nell'Italia centrale 39,4 e nel sud/isole 43,2, poco rappresentativa negli ultimi due territori. Si deve osservare che l'indagine del 2014 è meno rappresentativa della prima indagine del DPA (2010), dove il numero di studenti rispondenti era analoga nel nord-est e nel nord-ovest, ma più alta nell'Italia centrale (51,7%) e nel sud/isole (47,1%). Considerando, in particolare, gli Istituti e Licei artistici, l'adesione delle scuole era nel 2010: nel nord-est 81%, nel nord-ovest 72,6%, nell'Italia centrale 69,3% e nel sud/isole 62,9%.

La stima delle prevalenze dei consumatori nei diversi anni, derivata dalle indagini, per essere confrontata correttamente, dovrebbe corrispondere a campioni ugualmente rappresentativi in ogni indagine e non diversi in parte dell'Italia. In ogni caso è utile analizzare i risultati ottenuti e tenerne conto nella programmazione di nuove indagini.

2.2.1.3 Analisi dei risultati

L'indagine ha coinvolto complessivamente 31.661 studenti in età dai 15 ai 19 anni, equamente distribuiti tra maschi e femmine. Il campione risulta equamente distribuito tra le diverse età, pur presentando una lieve diminuzione delle quote corrispondenti alle età 15 e 19 anni (dovuta anche alla maggiore proporzione di studenti partecipanti eliminati, in particolare nelle classi quinte). L'analisi della qualità delle informazioni raccolte è stata effettuata applicando alcuni criteri, per l'esclusione dei questionari "non affidabili" o relativi a fasce di età esterne al target dello studio (15-19 anni).

Inizialmente, sono stati esclusi i questionari relativi a studenti con età maggiore di 19 anni ed inferiore a 15 anni, successivamente sono stati esclusi i questionari relativi a studenti che non avevano compilato nessuna domanda inerente ai consumi di sostanze stupefacenti. Infine, sono stati individuati ed esclusi i records relativi agli studenti che avevano indicato di consumare tutte le sostanze indagate e quelli corrispondenti ai questionari in cui è stata compilata la droga civetta (sostanza inesistente), da sola o in associazione con altre sostanze psicotrope.

Tabella 8: Distribuzione (%) degli studenti che hanno compilato il questionario, secondo il genere e l'età. Anno 2014

Genere	ETÀ											
	15 anni		16 anni		17 anni		18 anni		19 anni		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%col
Maschi	3.165	20,2%	3.283	20,9%	3.297	21,0%	3.127	19,9%	2.817	18,0%	15.689	49,6%
Femmine	2.962	18,5%	3.250	20,3%	3.325	20,8%	3.439	21,5%	2.996	18,8%	15.972	50,4%
Totale	6.127	19,4%	6.533	20,6%	6.622	20,9%	6.566	20,7%	5.813	18,4%	31.661	100,0%

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 39,6% degli studenti frequenta scuole presenti nell'Italia meridionale/insulare, il 25,0% scuole dell'Italia nord-occidentale, il 18,9% dell'Italia nord-orientale, mentre il 16,5% dei rispondenti è rappresentato da studenti delle scuole dell'Italia centrale. Non si evidenziano differenze rilevanti nelle distribuzioni per genere ed età nelle diverse aree geografiche.

Tabella 9: Distribuzione (%) degli studenti che hanno compilato il questionario, secondo l'età e l'area geografica. Anno 2014

Area geografica	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	%col
Italia nord-occidentale	20,2	20,0	20,7	20,9	18,3	25,0
Italia nord-orientale	18,0	20,1	21,1	21,3	19,5	18,9
Italia centrale	18,7	21,1	21,0	20,7	18,5	16,5
Italia meridionale/insulare	19,8	21,1	20,9	20,4	17,8	39,6
Totale	19,4	20,6	20,9	20,7	18,4	100,0

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 40,1% degli studenti frequenta licei ed istituti ex-magistrali, il 33,6% istituti tecnici, il 16,0% istituti professionali, mentre il 10,3% dei rispondenti è rappresentato da studenti degli istituti e licei artistici.

Tabella 10: Distribuzione (%) degli studenti che hanno compilato il questionario, secondo l'età e la tipologia di istituto. Anno 2014

Istituto	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	%col
Licei ed ex-magistrali	20,5	20,4	20,1	20,3	18,7	40,1
Istituti tecnici	19,5	21,3	21,0	20,5	17,6	33,6
Istituti professionali	15,8	18,9	21,7	23,3	20,3	16,0
Istituti e licei artistici	19,8	22,1	22,5	19,0	16,7	10,3
Totale	19,4	20,6	20,9	20,7	18,4	100,0

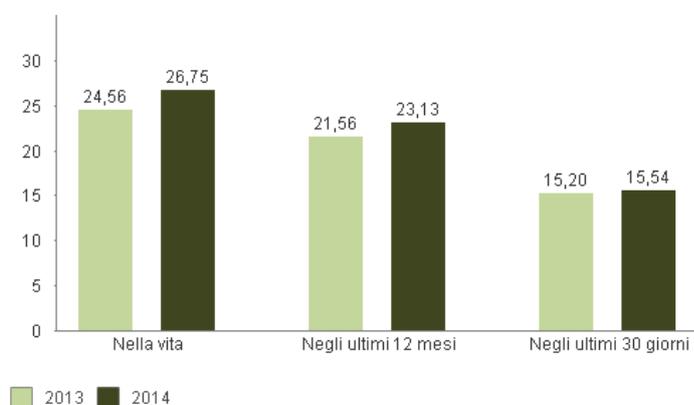
Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

2.2.1.4 Consumo di sostanze stupefacenti: Cannabis (Marijuana O Hashish)

Nell'ultimo decennio, la sostanza illecita maggiormente consumata dagli studenti italiani di 15-19 anni risulta essere la cannabis, con una prevalenza che si attesta su valori superiori al 20% (consumo negli ultimi 12 mesi).

Si rileva che, nel 2014, la cannabis: è stata consumata almeno una volta nella vita dal 26,7% degli studenti italiani, con una prevalenza che si riscontra in aumento rispetto al 2013 (24,6%). Il 23,1% riferisce di averla provata almeno una volta nel corso dell'anno antecedente l'indagine (21,6% nel 2013), mentre il 15,5% sostiene di aver assunto cannabis almeno una volta negli ultimi 30 giorni (15,2% nel 2013).

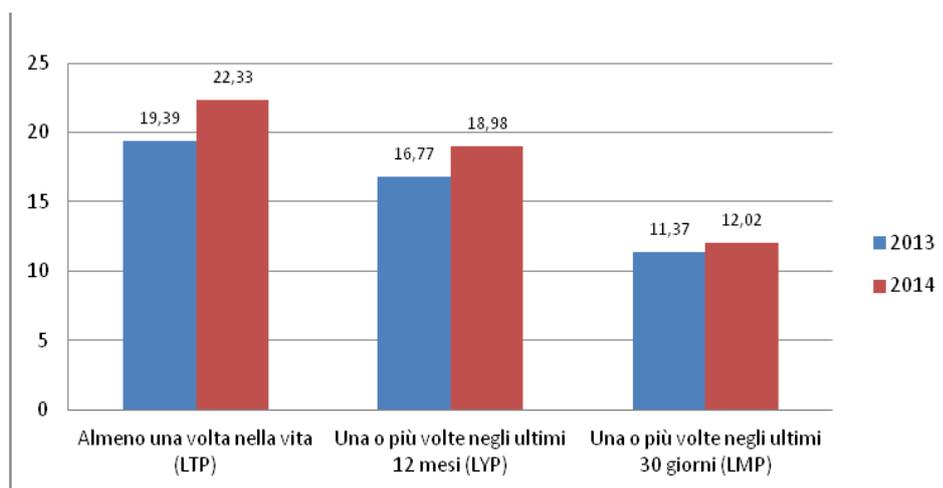
Figura 22: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Considerando, in particolare, la prevalenza per le femmine, nel 2013 e nel 2014, si ottiene un aumento più netto rispetto a tutta la popolazione scolastica indagata (Figura 23). In particolare, per LTP si ha un aumento del 15,16%, per LYP del 13,18% e per LMP del 5,72%.

Figura 23: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) nella popolazione scolastica femminile 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014

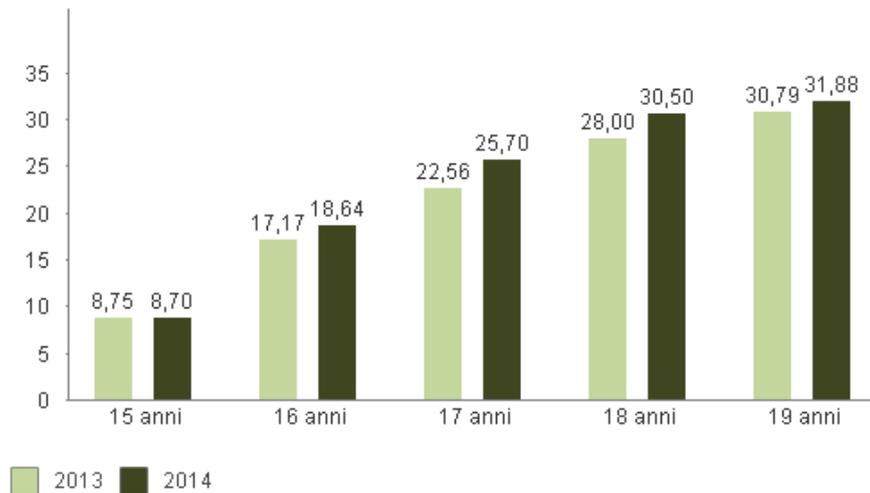


Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sui consumi negli ultimi 12 mesi, si osserva un incremento sia per i maschi sia per le femmine, con una propensione maggiore nelle femmine (16,8% nel 2013 vs 19,0% nel 2014) rispetto ai coetanei maschi (26,3% nel 2013 vs 27,0% nel 2014). Nel 2014, i consumatori di cannabis, come già emerso nel 2013, aumentano in frequenza al crescere dell'età dei soggetti, in entrambi i generi: tra i maschi, le prevalenze di consumatori almeno una volta negli ultimi 12 mesi passano dal 9,8% dei 15enni al 37,5% dei 19enni, mentre tra le studentesse si passa dal 7,6% al 25,5%. Sia nei maschi che nelle femmine, le prevalenze dei consumatori aumentano progressivamente, soprattutto nel passaggio dai 15 ai 16 anni.

Questo aspetto conferma quanto osservato e riportato in studi scientifici recenti e in un rapporto della Commissione europea dove risulta che l'età di primo uso di cannabis più frequente è proprio 15 anni in diversi paesi e in Italia.

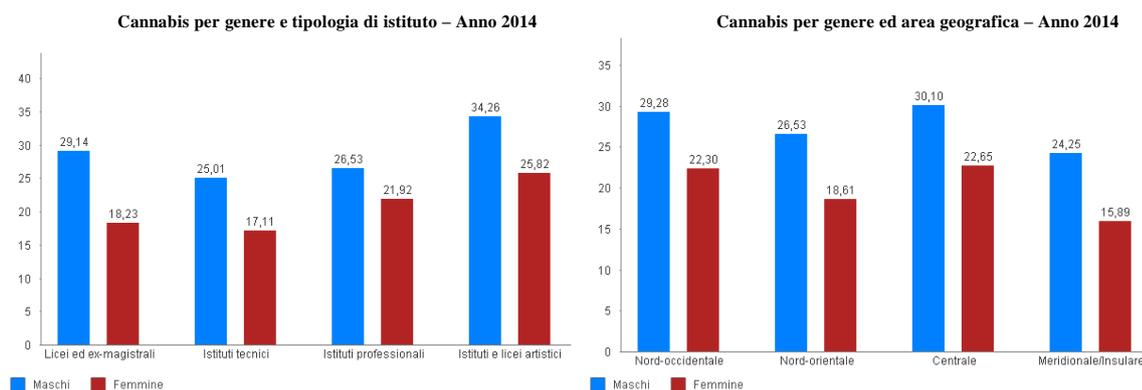
Figura 24: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, si rileva che in entrambi i generi prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-9 volte nel corso dell'ultimo anno (68,2% per le femmine e 56,5% per i maschi). Il 33,3% degli studenti maschi consumatori ed il 21,9% delle studentesse consumatrici, riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte negli ultimi 12 mesi; non trattandosi di una classe chiusa, la percentuale riguarda anche il consumo assiduo (giornaliero o più che giornaliero importante da riconoscere) che però non rileva con questo tipo di questionario.

Figura 25: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alle diverse aree geografiche e tipologie di istituto scolastico, si nota una frequenza di consumatori negli ultimi 12 mesi più elevata nell'Italia centrale, sia per i maschi (30,1%) che per le femmine (22,6%) e negli istituti e licei artistici (34,3% nei maschi, 25,8% nelle femmine).

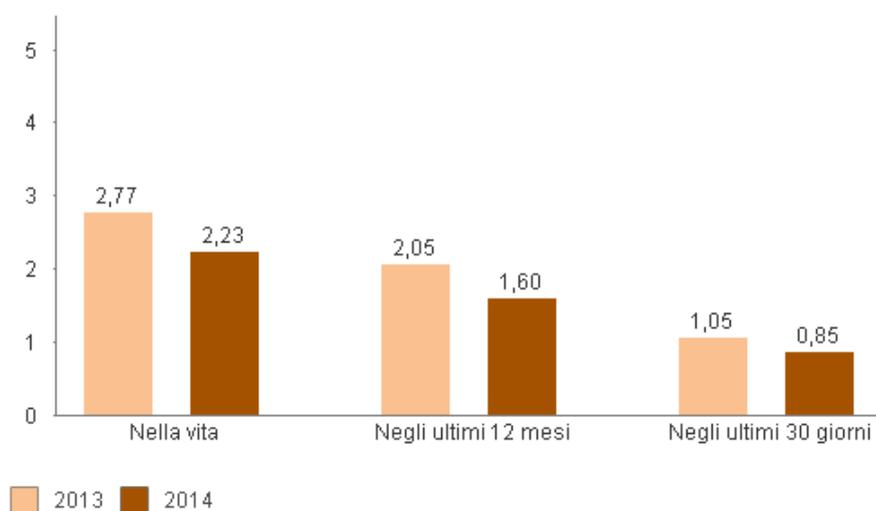
Nell'ultimo biennio, si osserva un generale aumento della frequenza dei consumatori di cannabis, in tutte le aree geografiche italiane ed in tutte le tipologie di scuole considerate, ad eccezione degli istituti tecnici nei quali si nota una stabilità del dato rilevato. Gli aumenti più consistenti nella prevalenza di consumatori di cannabis negli ultimi 12 mesi si rilevano in particolare negli istituti professionali dell'Italia nord-orientale (+27,4%) e negli istituti e licei artistici ubicati nel Centro Italia (+42,4%) e nel Sud ed Isole (+37,4%).

2.2.1.5 Consumo di sostanze stupefacenti: Cocaina e/o crack

Nell'ultimo decennio, la prevalenza degli studenti italiani consumatori di cocaina e/o crack (consumo negli ultimi 12 mesi precedenti l'indagine), un andamento dei consumi non regolare dal 2011 al 2014 (decrescente, crescente, decrescente).

Nel 2014, il 2,2% degli studenti italiani riferisce di aver assunto cocaina e/o crack almeno una volta nella vita e l'1,6% dichiara di aver consumato la sostanza nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di cocaina e/o crack, riferito ai 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario, è stato dichiarato dallo 0,9% degli studenti. Rispetto al 2013, si osserva una lieve diminuzione dei consumatori in tutti e tre gli intervalli temporali di riferimento (consumo almeno una volta nella vita LTP, consumo negli ultimi 12 mesi LYP, consumo negli ultimi 30 giorni LMP).

Figura 26: Prevalenza (%) di consumatori di cocaina e/o crack nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014

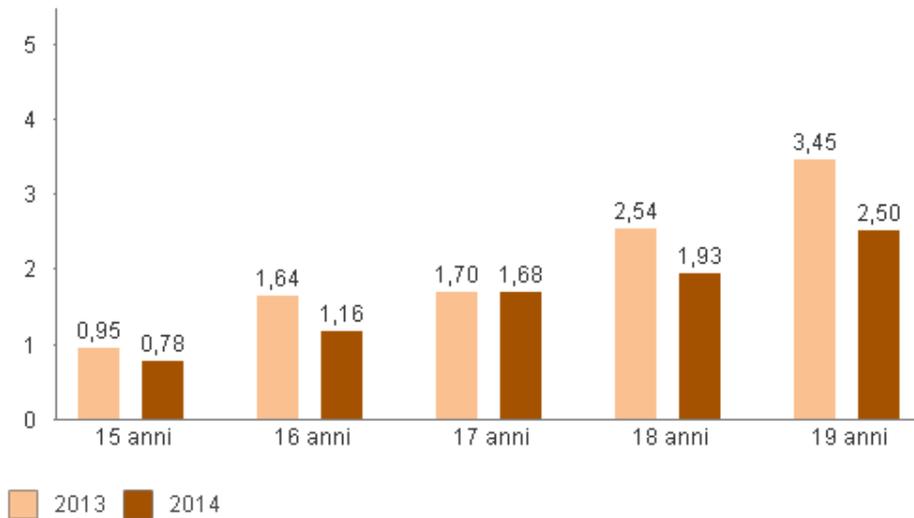


Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Si rilevano prevalenze percentuali circa doppie nei maschi rispetto alle femmine, in tutti e tre gli indicatori analizzati (LTP, LYP e LMP).

La riduzione del consumo di cocaina e/o crack tra il 2013 ed il 2014, appare più marcata nei maschi rispetto alle coetanee femmine, considerando sia il consumo una volta nella vita (LTP), sia il consumo negli ultimi 12 mesi (LYP).

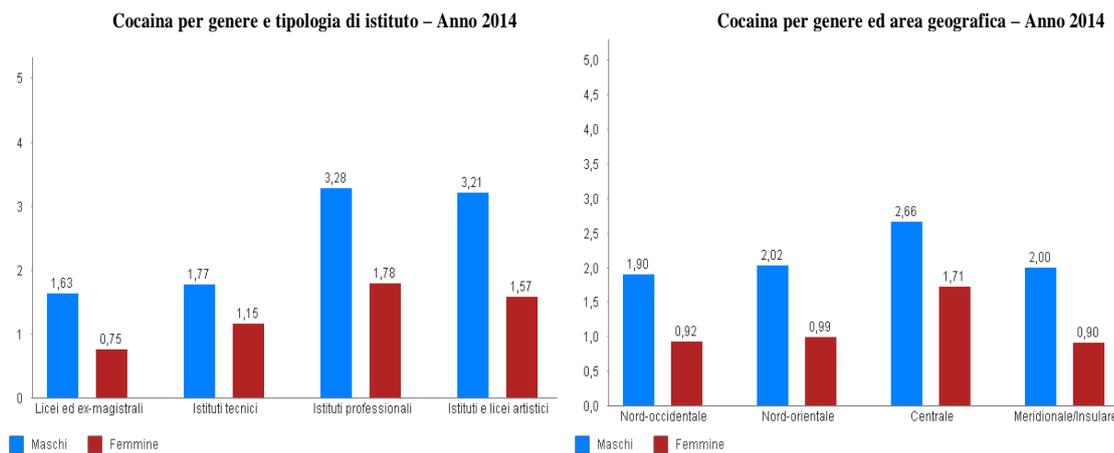
Figura 27: Prevalenza (%) di consumatori di cocaina e/o crack negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Come per il consumo di cannabis, i consumatori di cocaina e/o crack aumentano con il crescere dell'età: gli studenti che hanno riferito un consumo negli ultimi 12 mesi passano dallo 0,8% dei 15enni all'1,2% dei 16enni, dall'1,7% dei 17enni all'1,9% dei 18enni, fino ad arrivare al 2,5% dei 19enni. Rispetto allo studio condotto nel 2013, si osserva un calo nella prevalenza dei consumi in tutte le età considerate.

Figura 28: Prevalenza (%) di consumatori di cocaina e/o crack negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alle diverse aree geografiche, si notano prevalenze percentuali, riferite al consumo negli ultimi 12 mesi, significativamente più elevate nelle scuole dell'Italia centrale, sia per i maschi (2,7%) che per le femmine (1,7%).

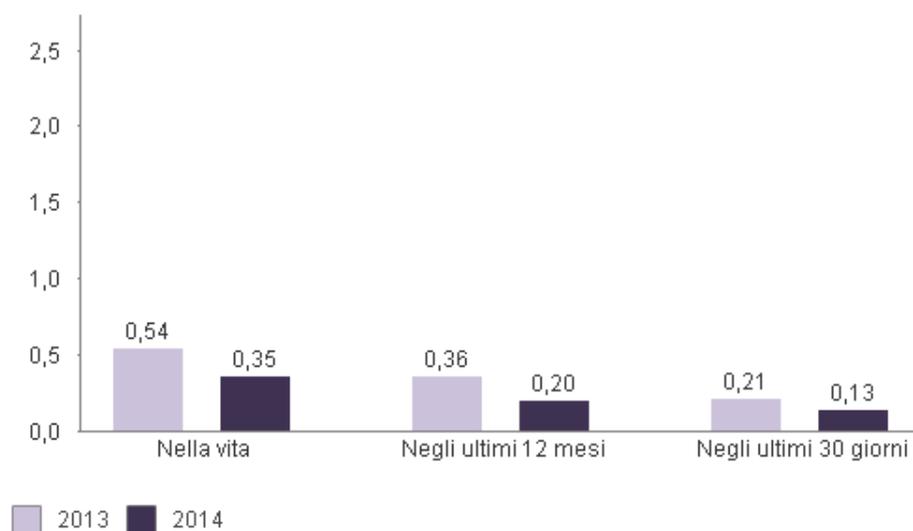
Le analisi condotte per tipologia di istituto scolastico, mostrano prevalenze percentuali notevolmente più elevate, in particolare per i maschi, negli istituti professionali (maschi 3,3%, femmine 1,8%) e negli istituti e licei artistici (maschi 3,2%, femmine 1,6%). Le percentuali di consumatori di cocaina e/o crack più basse si riscontrano, invece, nei licei ed istituti ex-magistrali, sia per i maschi (1,6%) sia per le femmine (0,8%).

2.2.1.6 Consumo di sostanze stupefacenti: Eroina

Secondo le indicazioni riportate dagli studenti italiani contattati negli studi condotti dal 2010 ad oggi, la percentuale degli studenti che hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra, dal 2011 al 2014, in lieve propensione alla contrazione dei consumi, più marcata per i maschi nell'ultimo anno.

Nel 2014, l'eroina è stata consumata almeno una volta nella vita dallo 0,35% degli studenti italiani, mentre lo 0,20% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente lo studio. Lo 0,13% degli studenti, infine, sostiene di aver assunto eroina almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Rispetto alla rilevazione del 2013 si evidenzia un ulteriore calo in tutti e tre i periodi di osservazione (0,54% contro 0,35% per LTP, 0,36% contro 0,20% per LYP e 0,21% contro 0,13% per LMP).

Figura 29: Prevalenza (%) di consumatori di eroina nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Gli studenti di genere maschile presentano una prevalenza più elevata rispetto alle coetanee in tutti e tre gli intervalli temporali di riferimento (LTP, LYP e LMP).

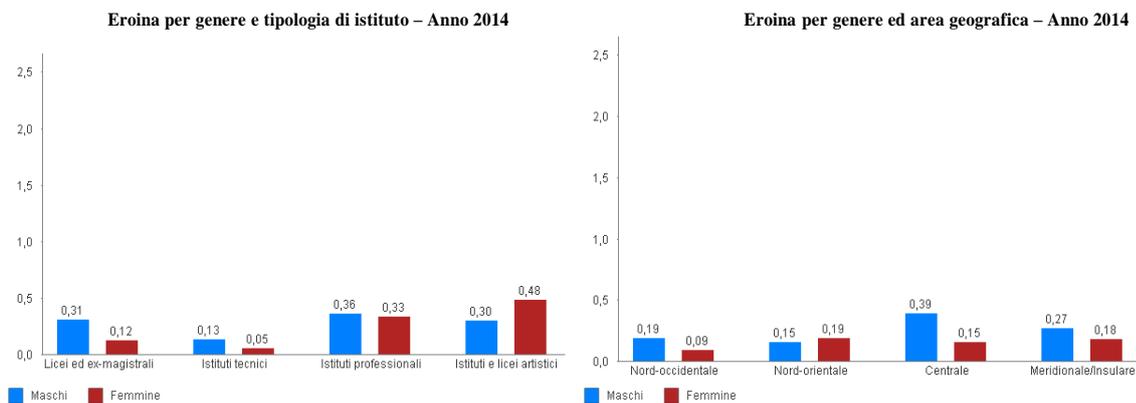
Figura 30: Prevalenza (%) di consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Risultati interessanti emergono anche dal confronto secondo l'età dei soggetti consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi, che consente di evidenziare il calo nell'ultimo biennio dei consumatori, in particolare tra i 18-19enni.

Figura 31: Prevalenza (%) di consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

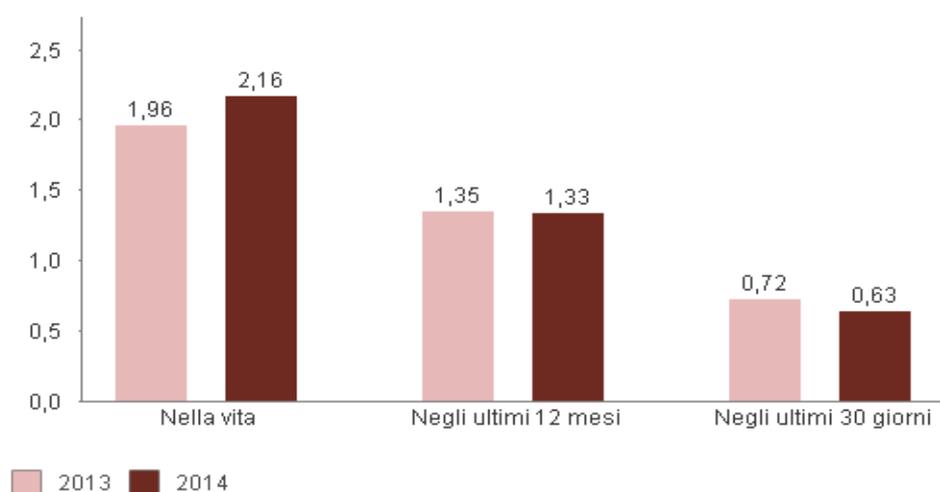
Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze più basse di consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi nell'Italia settentrionale (0,2%), mentre più alta risulta la prevalenza riscontrata negli studenti dell'Italia centrale (0,4%). Per le femmine si riscontrano frequenze più basse nel Nord-Ovest (0,1%) rispetto alle altre aree geografiche indagate (0,2%).

Nell'ultimo biennio, si osserva una generale riduzione delle frequenze di consumatori di eroina, in tutte le aree geografiche italiana ed in tutte le tipologie di scuola considerate, ad eccezione degli istituti e licei artistici nei quali si nota un lieve aumento del valore della prevalenze, in particolare nel Nord-Ovest e nel Centro Italia.

2.2.1.7 Consumo di sostanze stupefacenti: Stimolanti (Ecstasy e/o Amfetamine)

Il consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine), una o più volte negli ultimi 12 mesi, ha evidenziato un lieve aumento dei consumi di queste sostanze nell'ultimo periodo, in particolare per le femmine, con riscontro di valori di prevalenza inferiori all'1,5% nel 2014.

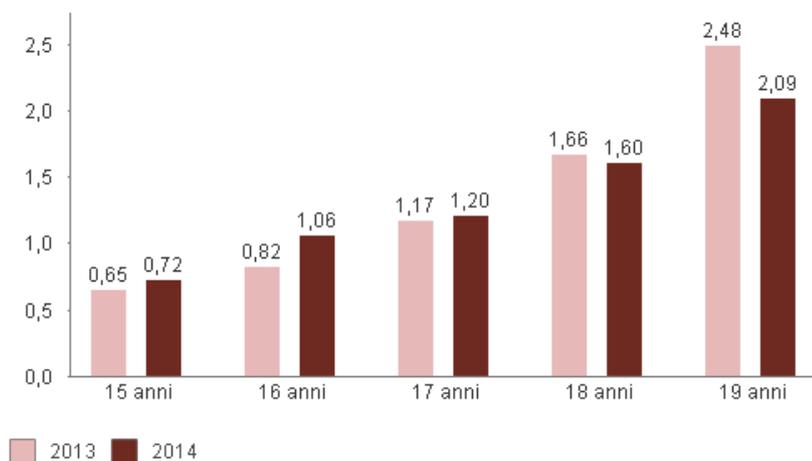
Figura 32: Prevalenza (%) di consumatori di stimolanti (ecstasy e/o amfetamine) nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 2,2% della popolazione scolastica 15-19 anni riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine ed ecstasy) almeno una volta nella vita. L'1,3% ha utilizzato queste sostanze nel corso dell'ultimo anno, mentre il consumo negli ultimi 30 giorni è stato riferito dallo 0,6% degli studenti. Rispetto al 2013, la prevalenza di consumatori risultano in lieve aumento per il consumo in tutta la vita, mentre si rileva stabile per il consumo nell'ultimo anno ed in lieve diminuzione per il consumo nell'ultimo mese. Differenziando l'analisi per genere, si osserva per le femmine un lieve aumento in tutti e tre gli indicatori calcolati (LTP, LYP, LMP), contrariamente ai coetanei maschi, per i quali si riscontra, invece, una lieve contrazione.

Figura 33: Prevalenza (%) di consumatori di stimolanti (ecstasy e/o amfetamine) negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014

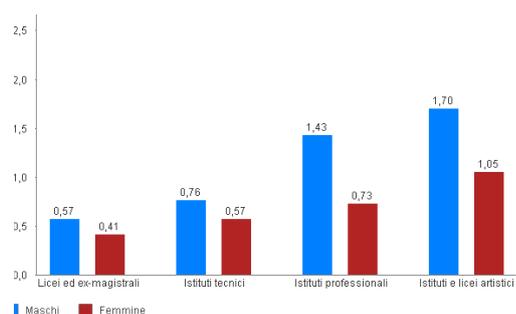


Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

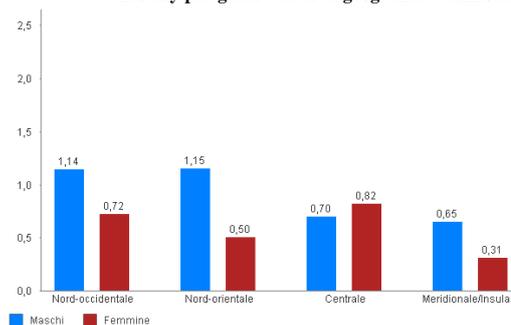
Come già evidenziato per le altre sostanze psicoattive, la frequenza dei consumatori di stimolanti aumenta al crescere dell'età, con una propensione più marcata nei maschi (0,5% nei 15enni, 1,2% nei 16enni, 1,4% nei 17enni, 2,2% nei 18enni ed infine 2,6% nei 19enni), rispetto alle femmine (0,9% nelle 15enni, 1,5% nelle 19enni).

Figura 34: Prevalenza (%) di consumatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014

Ecstasy per genere e tipologia di istituto – Anno 2014



Ecstasy per genere ed area geografica – Anno 2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

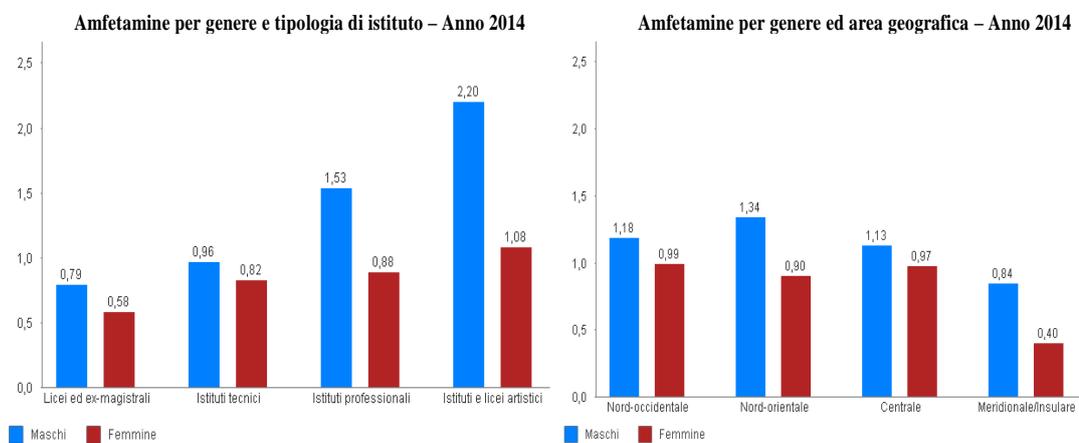
Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze più elevate di consumatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi nel Nord (1,1%), mentre per le femmine la prevalenza di consumatrici più alta si osserva nell'Italia centrale (0,8%).

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi più elevate sono state riscontrate negli istituti e licei artistici, sia per i maschi (1,7%) che per le femmine (1,1%); le frequenze di consumatori più basse si osservano invece nei licei ed istituti ex-magistrali (per i maschi 0,6%, per le femmine 0,4%).

Considerando sempre il consumo dichiarato negli ultimi 12 mesi, si osservano valori di consumo più bassi nel 2014 rispetto al 2013, in tutte le tipologie di scuola, eccetto negli istituti e licei artistici, nei quali si nota un aumento (0,9% nel 2013, 1,2% nel 2014).

Tra il 2013 ed il 2014, si osservano variazioni in diminuzione delle frequenze dei consumatori di ecstasy in tutte le diverse aree geografiche del paese (in particolare nell'Italia centrale: 1,5% nel 2013, 0,8% nel 2014), ad eccezione del Nord-Est, nel quale si nota una stabilità del dato rilevato (0,8%).

Figura 35: Prevalenza (%) di consumatori di amfetamine negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si nota una prevalenza di consumatori negli ultimi 12 mesi più elevato per i maschi nell'Italia nord-orientale (1,3%), e per le femmine nell'Italia centrale e nel Nord-Ovest (1,0%).

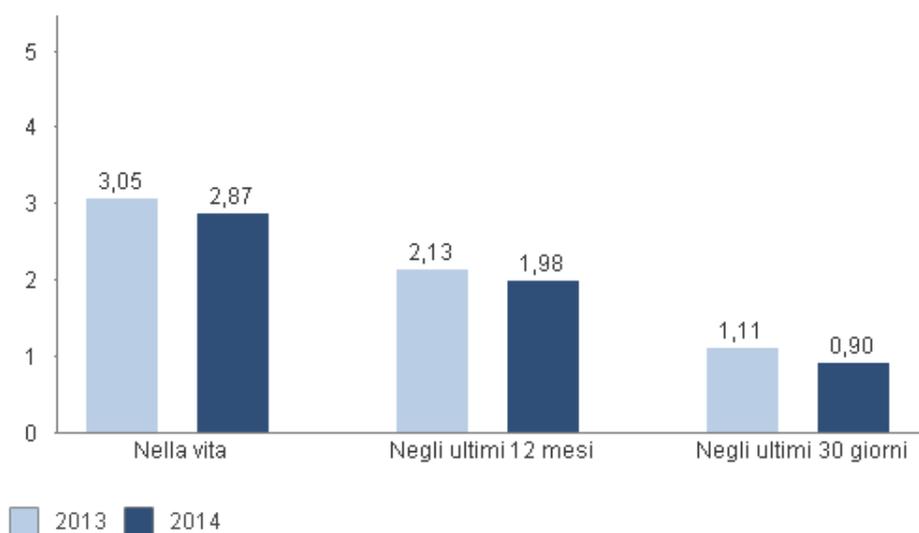
Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di amfetamine negli ultimi 12 mesi più elevate sono state riscontrate negli istituti e licei artistici sia per i maschi (2,2%) sia per le femmine (1,1%); le frequenze di consumatori più basse si osservano, invece, nei licei ed istituti ex-magistrali (maschi: 0,8%; femmine: 0,6%).

Nell'anno 2014, si osserva un generale aumento della frequenza dei consumatori di amfetamine, in tutte le aree geografiche italiane ed in tutte le tipologie di scuole. Gli aumenti più consistenti nella prevalenza di consumatori di amfetamine negli ultimi 12 mesi si rilevano in particolare negli istituti e licei artistici del Nord-Ovest (0,4% nel 2013, 1,1% nel 2014), nel Nord-Est (0,0% nel 2013, 1,9% nel 2014) e del Centro Italia (1,3% nel 2013, 2,5% nel 2014).

2.2.1.8 Consumo di sostanze stupefacenti: Allucinogeni

L'andamento della frequenza di consumatori di allucinogeni negli ultimi 12 mesi (comprensivi delle sostanze LSD, ketamina, funghi allucinogeni ed altri allucinogeni), segue un trend piuttosto variabile, caratterizzato da periodi di crescita dei consumi (dal 2012 al 2013) alternati a periodi di contrazione.

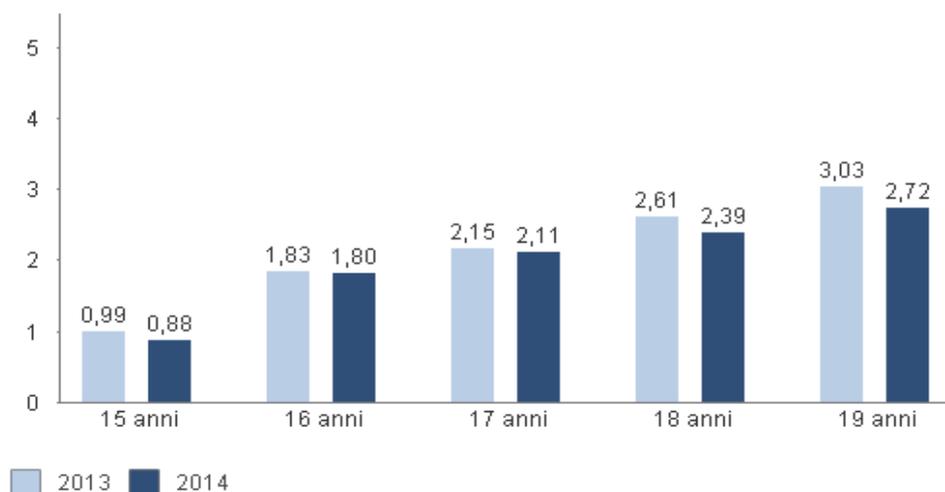
Figura 36: Prevalenza (%) di consumatori di allucinogeni nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2014, il consumo di allucinogeni è stato sperimentato almeno una volta nella vita dal 2,9% degli studenti; tale prevalenza percentuale si abbassa al 2,0% se si considera il consumo nell'ultimo anno ed a 0,9% se si fa riferimento al consumo negli ultimi 30 giorni.

Figura 37: Prevalenza (%) di consumatori di allucinogeni negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



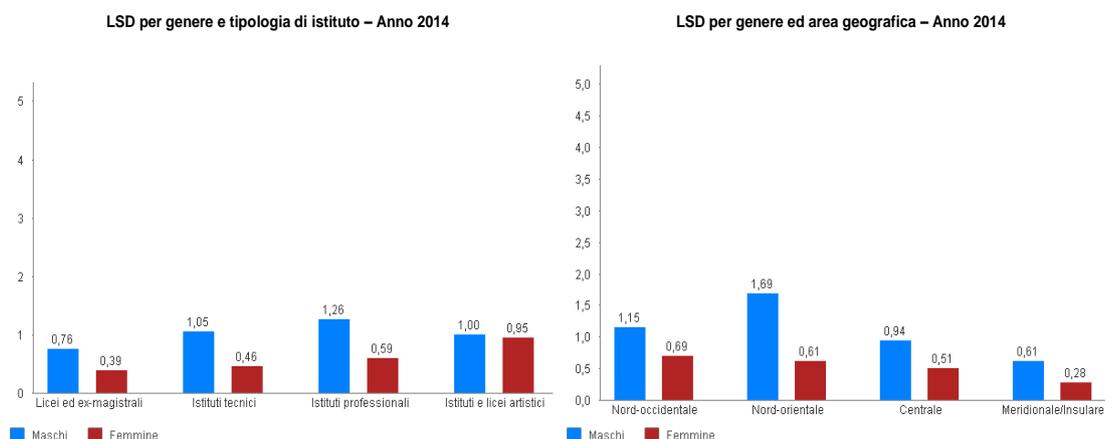
Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2013, lo studio condotto nel 2014 evidenzia una sostanziale stabilità nei valori della prevalenza di consumatori di sostanze allucinogene. Gli studenti di genere maschile presentano una prevalenza di consumatori di allucinogeni più elevata rispetto alle coetanee in tutti e tre gli intervalli temporali considerati (LTP, LYP, LMP).

La prevalenza d'uso di sostanze allucinogene aumenta al crescere dell'età dei soggetti consumatori; si nota, inoltre, un aumento con l'età più marcato nei maschi (1,1% nei 15enni, 2,8% nei 17enni, 3,8% nei 19enni) rispetto alle femmine (0,7% nelle 15enni, 1,4% nelle 17enni, 1,5% nelle 19enni).

Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze elevate di consumatori di LSD, negli ultimi 12 mesi, nel Nord-Est (1,7%), mentre più bassa risulta la prevalenza riscontrata negli studenti del Sud ed Isole (0,6%). Per le femmine, la prevalenza di consumatori più alta si osserva nel Nord-Ovest (0,7%), quella più bassa nell'Italia meridionale/insulare (0,3%).

Figura 38: Prevalenza (%) di consumatori di LSD negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014

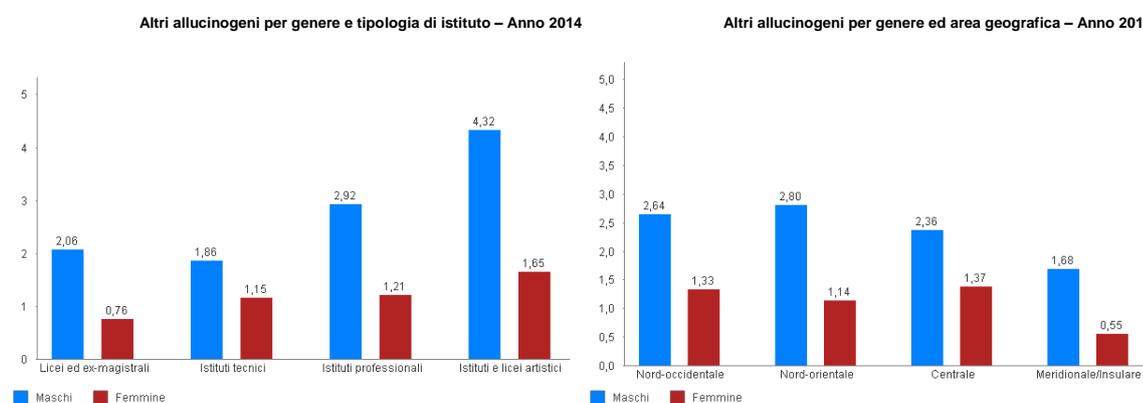


Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di LSD, negli ultimi 12 mesi, più elevate sono state riscontrate negli istituti professionali per i maschi (1,3%) e negli istituti e licei artistici per le femmine (1,0%); le frequenze di consumatori più basse si osservano invece nei licei ed istituti ex-magistrali, sia per i maschi (0,8%) sia per le femmine (0,4%). Considerando sempre il consumo negli ultimi 12 mesi, la prevalenza di consumatori di LSD, rispetto all'anno 2013, evidenzia una diminuzione in tutte le aree geografiche del Paese, con esclusione del Nord-Est (0,6% nel 2013, 1,1% nel 2014). Si nota, inoltre, un aumento nel 2014 della frequenza di consumatori di LSD esclusivamente negli istituti e licei artistici (0,6% nel 2013, 1,0% nel 2014), in particolare in quelli ubicati nell'Italia nord-orientale e centrale.

Altre sostanze allucinogene (quali ketamina, funghi allucinogeni, mescalina, sintetici) sono state consumate, almeno una volta nella vita, dal 2,4% degli studenti 15-19enni; considerando il consumo nell'ultimo anno, si nota che il valore della prevalenza scende a 1,6%; il consumo recente di queste sostanze, riferito agli ultimi 30 giorni, è associato ad una percentuale più bassa di studenti (0,7%).

Figura 39: Prevalenza (%) di consumatori di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze più elevate di consumatori di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi nel Nord-Est (2,8%), mentre per le femmine la prevalenza di consumatori più alta si osserva nell'Italia centrale (1,4%).

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi più elevate sono state riscontrate negli istituti e licei artistici, sia per i maschi (4,3%) che per le femmine (1,7%); le frequenze di consumatori più basse si osservano, invece, per le femmine nei licei ed istituti ex-magistrali (0,8%) e negli istituti tecnici per i maschi (1,9%). Sempre con riferimento al consumo di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi, si rileva, rispetto all'anno 2013, una lieve diminuzione della prevalenza di consumatori di queste sostanze in tutte le aree geografiche considerate, con esclusione del Nord-Est (1,8% nel 2013, 2,0% nel 2014).

Si nota, inoltre, un aumento della frequenza di consumatori di altri allucinogeni negli istituti e licei artistici (1,7% nel 2013, 2,5% nel 2014), in particolare in quelli ubicati nell'Italia centrale e nel Sud ed Isole. Una lieve contrazione dei consumi, rispetto all'anno precedente, si osserva invece in tutte le altre tipologie di istituti scolastici.

2.2.1.9 Consumo di sostanze stupefacenti: Tranquillanti o sedativi (senza prescrizione medica e senza indicazione dei genitori)

L'uso di tranquillanti o sedativi, senza prescrizione medica e senza indicazione dei genitori, tra gli studenti 15-19enni, è maggiormente diffuso nel genere femminile. La frequenza del consumo di tali sostanze, infatti, è molto più elevata nelle studentesse rispetto a quanto rilevato negli studenti maschi, per tutti gli intervalli temporali presi in considerazione. Il consumo almeno una volta nella vita è stato indicato dal 4,8% delle studentesse contro il 2,9% degli studenti maschi; nell'ultimo anno tranquillanti o sedativi sono stati assunti dal 2,8% delle femmine e dall'1,3% dei maschi, mentre le prevalenze percentuali riferite al consumo nell'ultimo mese, risultano rispettivamente pari all'1,5% ed allo 0,7%.

Come già visto per le altre sostanze, la frequenza di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica aumenta al crescere dell'età dei soggetti: si rileva una prevalenza di consumatori negli ultimi 12 mesi pari all'1,4% nei 15enni, all'1,9% nei 17enni ed al 2,5% nei 19enni.

Con riferimento alla frequenza d'uso negli ultimi 12 mesi, l'87,5% dei consumatori/consumatrici riferisce di aver utilizzato queste sostanze occasionalmente (da 1 a 9 volte). Il consumo regolare di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica (20 o più volte annualmente) è stato riferito rispettivamente dal 4,7% e dall'8,3% della popolazione studentesca maschile e femminile che assume tali sostanze.

Tabella 11: Prevalenza (%) di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo, il genere, l'età e la frequenza di consumo negli ultimi 12 mesi. Anno 2014

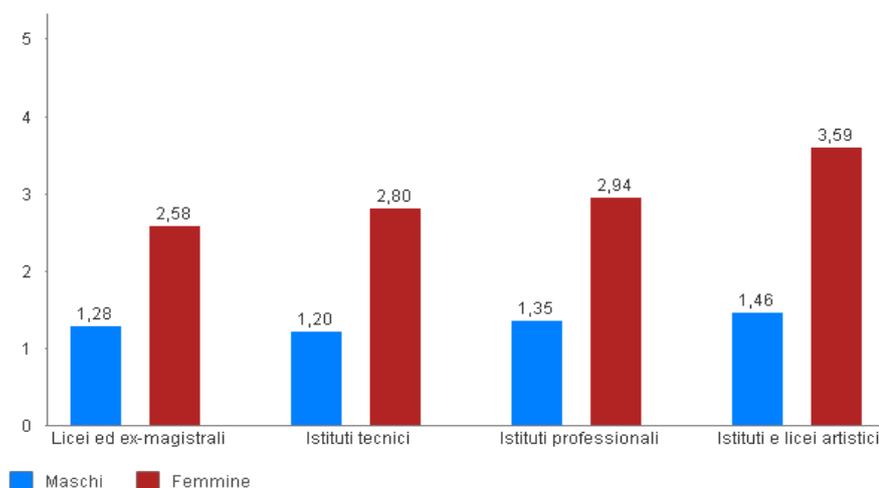
Consumo di tranquillanti o sedativi (%)	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,85	4,82	3,80
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	1,27	2,75	1,98
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,70	1,47	1,08
Età (consumo negli ultimi 12 mesi) (%)			
15 anni	0,96	1,80	1,39
16 anni	0,67	2,85	1,74
17 anni	1,19	2,72	1,93
18 anni	1,44	3,44	2,36
19 anni	2,09	2,93	2,49
Frequenza di consumo (ultimi 12 mesi) (% sul totale consumatori LYP)			
1-9 volte	91,5	85,5	87,5
10-19 volte	3,9	6,2	5,4
20 volte o più	4,7	8,3	7,1

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di tranquillanti o sedativi negli ultimi 12 mesi lievemente più elevate sono state riscontrate, per entrambi i generi, negli istituti e licei artistici (1,5% per i maschi, 3,6% per le femmine); le frequenze di consumo più basse si osservano invece nei licei ed istituti ex-magistrali per le femmine (2,6%) e negli istituti tecnici per i maschi (1,2%).

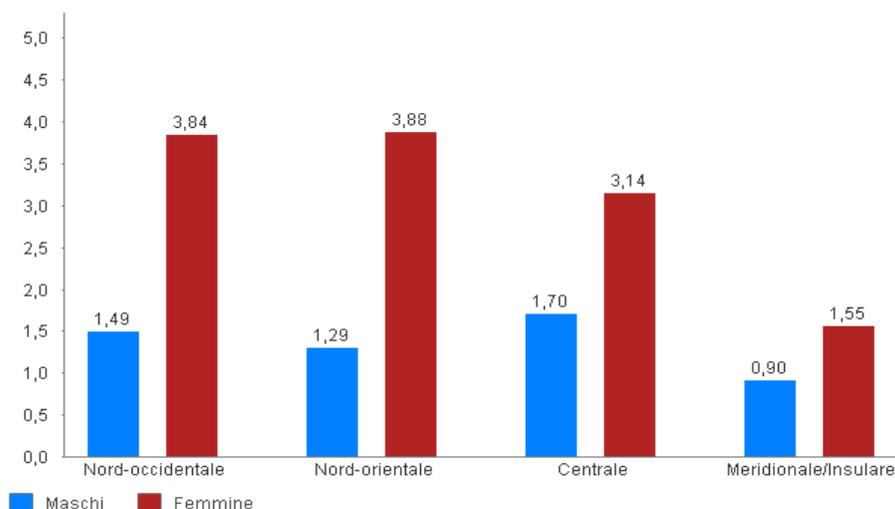
Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, frequenze di consumatrici di tranquillanti o sedativi negli ultimi 12 mesi più elevate nel Nord (Nord-Est 3,9%, Nord-Ovest 3,8%). Le prevalenze più basse si rilevano nell'Italia meridionale/insulare sia per i maschi (0,9%) sia per le femmine (1,6%).

Figura 40: Prevalenza (%) di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere e la tipologia d'istituto. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 41: Prevalenza (%) di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere e l'area geografica. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

2.2.1.10 Consumo di sostanze stupefacenti: Policonsumo

La poliassunzione di sostanze psicoattive, legali ed illegali, caratterizza e definisce lo stile di consumo prevalente sempre più diffuso tra i giovani. Nelle tabelle illustrate di seguito vengono esaminate le diverse sostanze assunte negli ultimi 30 giorni dai poliassuntori.

Considerando gli studenti che hanno assunto più di una sostanza negli ultimi 30 giorni, emerge che la combinazione più diffusa risulta quella di alcol, tabacco e cannabis, pari al 63,4% (62,8% nei maschi e 64,2% nelle femmine). Percentuali decisamente inferiori si osservano se si considerano le assunzioni di alcol e cannabis, pari all'8,9% (11,6% per i maschi e 4,6% per le femmine) e di tabacco e cannabis, pari al 6,9% (5,8% per i maschi e 8,6% per le femmine).

Tabella 12: Distribuzione (%) degli studenti di 15-19 anni che hanno assunto più sostanze psicotrope, legali o illegali, negli ultimi 30 giorni, secondo diverse combinazioni delle sostanze assunte. Anni 2013-2014

	Maschi		Femmine		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Alcol+Cannabis	10,9	11,6	5,0	4,6	8,6	8,9
Tabacco+Cannabis	5,7	5,8	8,2	8,6	6,7	6,9
Consumo di 2 sostanze - altro	1,6	2,6	4,0	3,8	2,5	3,0
Alcol+Tabacco+Cannabis	65,1	62,8	64,5	64,2	64,8	63,4
Consumo di 3 sostanze - altro	3,3	2,6	5,0	5,2	4,0	3,6
Più di 3 sostanze	13,5	14,6	13,2	13,6	13,4	14,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Studio SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Confrontando i dati relativi al biennio 2013-2014, sempre riferiti al consumo dichiarato negli ultimi 30 giorni, si osserva un incremento della prevalenza di studenti poliassuntori di sostanze (di cui almeno una illegale): nel 2013, il 15,9% degli studenti ha dichiarato di aver sperimentato il consumo di più sostanze, contro una prevalenza percentuale del 16,4% rilevata nel 2014.

Rispetto al profilo delle sostanze assunte, si osserva nell'ultimo anno un lieve aumento della propensione ad associare il consumo di alcol o tabacco con la cannabis; mentre risulta in calo la frequenza percentuale relativa all'associazione di alcol+tabacco+cannabis.

Nella tabella che segue vengono riportate le prevalenze condizionate di policonsumo con riferimento a diverse combinazioni delle seguenti sostanze legali ed illegali assunte negli ultimi 30 giorni: alcol, tabacco, cannabis, cocaina, eroina. Vengono presentati i valori delle frequenze percentuali di consumo di una determinata sostanza (indicata nell'intestazione delle colonne), calcolata condizionatamente a coloro che indicano di consumarne un'altra (riportata nell'intestazione delle righe).

Tabella 13: Distribuzione (%) della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo diverse combinazioni di sostanze assunte. Consumo dichiarato negli ultimi 30 giorni. Anno 2014

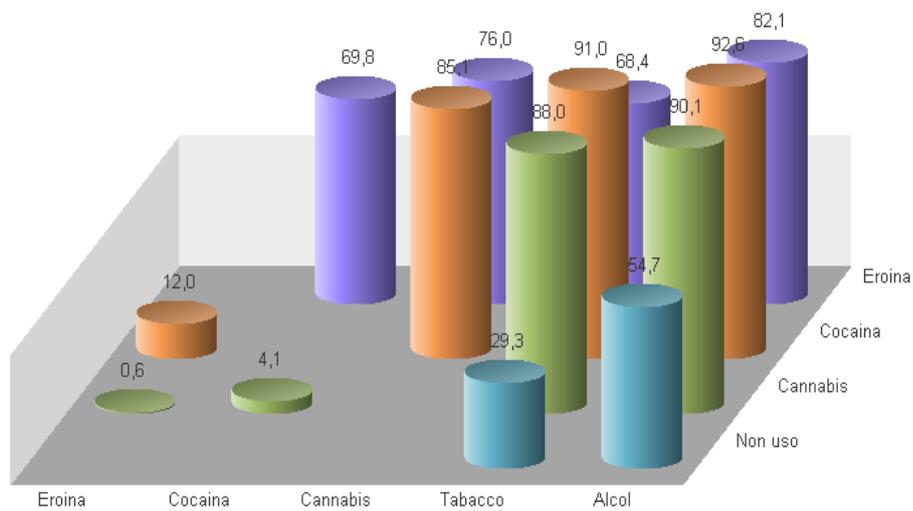
Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Cocaina	Eroina
Non uso di sostanze illegali (83,8%)	54,7%	29,3%	-	-	-
Cannabis (15,5%)	90,1%	88,0%	-	4,1%	0,6%
Cocaina (0,85%)	92,6%	91,0%	85,1%	-	12,0%
Eroina (0,13%)	82,1%	68,4%	76,0%	69,8%	-

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 15,5% degli studenti riferisce di aver consumato cannabis nell'ultimo mese; tra questi il 90,1% ha bevuto alcolici nello stesso periodo, l'88,0% ha fumato almeno una sigaretta, il 4,1% ha fatto uso di cocaina e lo 0,6% di eroina. Lo 0,85% degli studenti ha indicato di aver fatto uso di cocaina negli ultimi 30 giorni. Tra questi, il consumo di alcol nell'ultimo mese è attribuibile al 92,6% dei soggetti; il 91,0% riferisce inoltre di aver fumato sigarette; l'85,1% ha dichiarato di aver fatto uso anche di cannabis ed il 12,0% di eroina.

La prevalenza dei consumatori di eroina negli ultimi 30 giorni è risultata pari allo 0,13%; l'82,1% dei consumatori di questa sostanza ha assunto nello stesso periodo anche bevande alcoliche, il 68,4% ha fumato, il 76,0% ha fatto uso di cannabis ed il 69,8% di cocaina. Questi risultati evidenziano che mentre i consumatori di eroina, assumono in maggioranza anche cocaina (69,8%), ciò non si osserva tra coloro che assumono cocaina, i quali ricorrono al consumo congiunto di eroina con una percentuale nettamente inferiore (12,0%). La figura che segue illustra graficamente il consumo delle tre sostanze psicotrope illegali analizzate (cannabis, cocaina ed eroina), associato all'assunzione di alcol e tabacco.

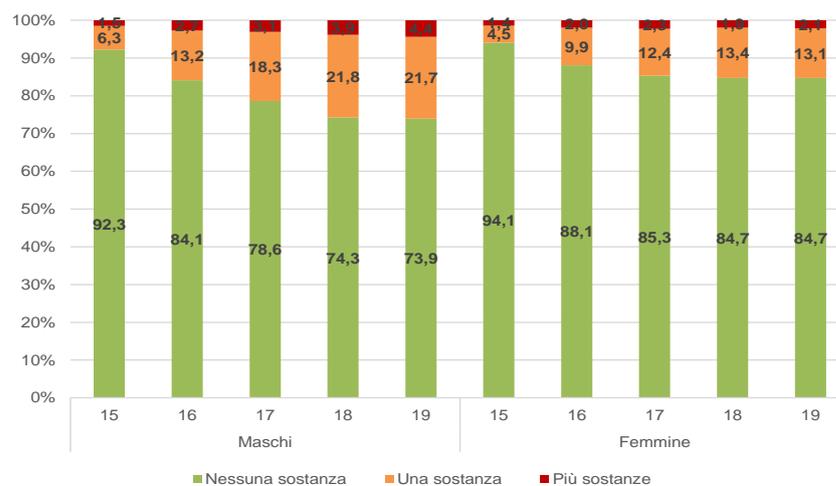
Figura 42: Distribuzione (%) della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo diverse combinazioni di sostanze assunte. Consumo dichiarato negli ultimi 30 giorni. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando la distribuzione della popolazione scolastica, in base all'età, al genere ed al numero di sostanze illegali assunte negli ultimi 30 giorni, si osserva che tra i maschi la prevalenza di policonsumatori aumenta al crescere dell'età: si passa, infatti, dall'1,5% dei 15enni, al 3,1% dei 17enni, al 4,4% dei 19enni. I valori di prevalenza delle policonsumatrici di sostanze illegali risultano, invece, sostanzialmente stabili al variare dell'età (1,4%-2,3% circa).

Figura 43: Distribuzione (%) degli studenti in età 15-19 anni secondo il genere, l'età ed il numero di sostanze illegali assunte negli ultimi 30 giorni. Anno 2014

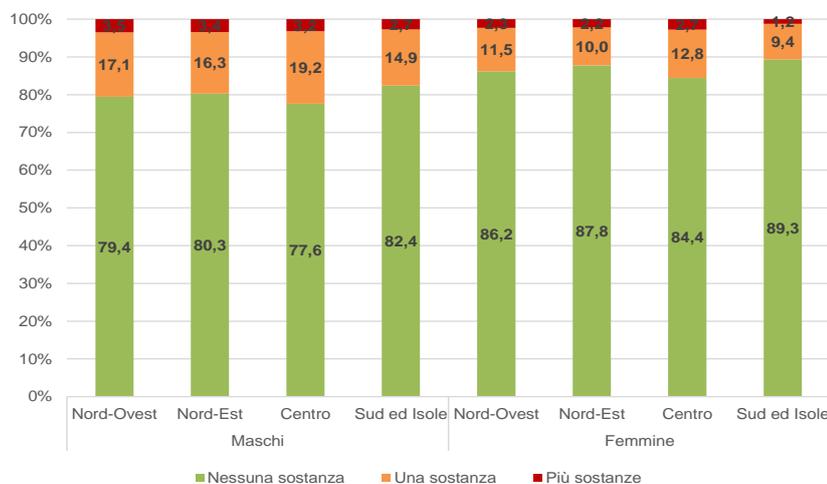


Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per le femmine, la frequenza più elevata di policonsumatrici di sostanze illegali si rileva nell'Italia centrale (2,7%), mentre la più bassa si riscontra nell'Italia meridionale/insulare (1,2%). Nei maschi, invece, i valori delle prevalenze di policonsumatori di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni risultano molto simili tra le diverse aree geografiche del Paese (2,7%-3,5%).

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di policonsumatori, di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni, più elevate sono state osservate negli istituti professionali (4,3% nei maschi, 2,8% nelle femmine) e negli istituti e licei artistici (5,1% nei maschi, 2,8% nelle femmine); le prevalenze di policonsumo più basse si rilevano negli istituti tecnici, per i maschi (2,7%) e nei licei ed istituti ex-magistrali, per le femmine (1,6%).

Figura 44: Distribuzione (%) degli studenti in età 15-19 anni secondo il genere, l'area geografica ed il numero di sostanze illegali assunte negli ultimi 30 giorni. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

2.2.2 Indagine ESPAD® – CNR 2014

Gli aspetti metodologici

ESPAD

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è uno studio transnazionale sull'uso di alcol, tabacco e altre sostanze ad azione psicoattiva tra gli studenti europei. Promosso dal Consiglio Svedese per l'informazione su alcol e altre droghe e supportato dall'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT-EMCDDA), il progetto è stato realizzato per la prima volta nel 1995 in 26 Paesi dell'Unione Europea e negli anni ha coinvolto un numero sempre crescente di Paesi tanto che nel 2011 sono stati complessivamente 36. In Europa lo studio si ripete ogni quattro anni (l'ultimo, il sesto, è in corso di svolgimento), attraverso un questionario rivolto agli studenti di 15-16 anni, consente di raccogliere informazioni sul consumo di sostanze stupefacenti, di monitorarne le tendenze nel tempo e di effettuare confronti

tra i Paesi partecipanti, grazie all'utilizzo di metodi e strumenti standardizzati per la definizione di campioni rappresentativi a livello nazionale (<http://www.espad.org>).

ESPAD®Italia

ESPAD®Italia è uno studio sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali da parte degli studenti italiani degli istituti secondari di secondo grado, ovvero di età compresa tra i 15 ed i 19 anni. Tale studio è stato realizzato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) per la prima volta nel 1995 e dal 1999 viene ripetuto con cadenza annuale su un campione rappresentativo degli studenti iscritti alle scuole superiori presenti sul territorio nazionale (<http://www.epid.ifc.cnr.it>). L'indagine viene condotta seguendo lo standard della metodologia prevista dal progetto ESPAD che, in Europa, ha cadenza quadriennale (Hibell et al., 2012)

La rilevazione in Italia viene effettuata ogni anno tra Marzo e Aprile. Il questionario ESPAD®Italia, oltre a rilevare alcune caratteristiche socio-culturali degli intervistati e studiare i consumi di sostanze quali tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicoattive illecite, contiene vari strumenti standardizzati per la rilevazione di disturbi alimentari, del gioco d'azzardo problematico così come dell'uso di internet. Per quanto riguarda il consumo di sostanze, vengono studiate le esperienze d'uso delle sostanze nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni. Nel 2014 lo studio ha coinvolto oltre 30mila studenti di 405 istituti scolastici secondari di secondo grado in Italia, con tasso di rispondenza delle scuole pari all'85%.

Campionamento

Il piano di campionamento prevede ogni anno l'estrazione di un campione casuale stratificato a tre stadi. Primo stadio: la stratificazione delle province italiane sulla base di due variabili, area geografica (Nord, Centro, Sud e Isole) e densità abitativa. Le province vengono estratte casualmente e in modo proporzionale alla dimensione dello strato. Qualora le risorse economiche lo permettano vengono estratte comunque tutte le province, procedendo nel campionamento direttamente dal secondo stadio. Secondo stadio: le scuole all'interno delle province sono stratificate per tipologia di istituto (Licei, Istituti Artistici, Professionali e Tecnici) e per dislocazione geografica (metropolitana e non metropolitana) e vengono estratte casualmente e proporzionalmente secondo tale stratificazione. Terzo stadio: una quota fissa di classi viene casualmente estratta da ogni strato (tale frazione può variare sensibilmente in relazione alle risorse economiche a disposizione). Questo procedimento ha permesso un notevole abbattimento dei costi e dei tempi di realizzazione dell'indagine, anche se ha reso necessaria una procedura di ponderazione al fine di ottenere le stime nazionali. La procedura di ponderazione si è basata su una post-stratificazione per genere in accordo con la distribuzione della popolazione scolarizzata a livello regionale³⁹. Per quanto riguarda la dimensione campionaria, dato che gli indicatori da rilevare sono disomogenei e comprendono sostanze di grande diffusione (alcol) e sostanze con una

³⁹ http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SCUOLESECONDO2

prevalenza molto bassa (eroina), un disegno di campionamento che assicuri prefissati livelli di precisione per tutte le stime prodotte non è attuabile. Si è deciso di adottare quindi una strategia basata su una valutazione degli errori delle stime a livello nazionale dell'uso di eroina negli ultimi dodici mesi, con possibile riferimento a domini territoriali di interesse (regionale e/o provinciale a seconda delle risorse a disposizione). La dimensione del campione teorico in termini di studenti, prefissato a livello nazionale in base ai criteri riferiti alla strategia di cui sopra, è pari almeno all'1% degli studenti iscritti.

Procedure per lo svolgimento dello studio

Lo svolgimento dell'indagine prevede vari passaggi, dal primo contatto con le scuole fino al rientro del materiale direttamente al Consiglio Nazionale delle Ricerche. Una volta individuate le scuole nel piano di campionamento, viene implementato uno specifico database per raccogliere tutte le informazioni relative alle scuole contattate: nome, numero di contatti, e breve descrizione testuale degli stessi, data di adesione, difficoltà emerse durante la somministrazione dei questionari (real time), informazioni sul rientro dei questionari, sulla somministrazione dei questionari (classi nelle quali è stato somministrato, numero di questionari). Il contatto con le scuole avviene all'inizio dell'anno scolastico. Se la scuola accetta di partecipare al progetto, si procede all'invio del materiale necessario alla somministrazione: lettera illustrativa del progetto, questionari da somministrare agli studenti, busta anonima dove sigillare ogni questionario, istruzioni per la somministrazione, scheda classe da compilare, istruzioni per la restituzione del materiale. Nessuna spesa è a carico della scuola. Per la somministrazione del questionario il professore incaricato e gli studenti sono tenuti a seguire le procedure standard adottate e condivise a livello europeo (Hibell et al., 2012). Agli studenti viene comunicato che la partecipazione è volontaria e del tutto anonima. A garanzia del più completo anonimato, i questionari vengono compilati senza riportare alcun dato identificativo (nome, cognome, data di nascita), ogni questionario viene poi sigillato e inserito in una busta dallo studente stesso e la busta viene quindi riposta in una scatola chiusa con un'unica fessura nella parte superiore (simile alle urne elettorali). Sono necessari circa 45 minuti per compilare l'intero questionario. I pacchi vengono inviati e aperti presso il CNR. I questionari da inserire sono codificati secondo l'identificativo della scuola e della classe, ma i risultati vengono presentati solo in forma aggregata e non viene divulgata alcuna informazione relativa alla classe e alla scuola partecipante all'indagine.

Procedura di verifica dell'acquisizione e analisi affidabilità del database

L'acquisizione delle risposte ai questionari cartacei è effettuata da operatori CNR con l'utilizzo di una specifica strumentazione denominata OCR (Optical Character Recognition). Lo scanning software adottato (ReadSoft Forms) è utilizzato da diversi Paesi Europei partecipanti all'indagine ESPAD.

La tecnologia OCR consente di memorizzare automaticamente le informazioni "scritte" attraverso una opportuna conversione dei dati basata sul riconoscimento ottico dei caratteri. Le fasi del processo di lavorazione con OCR prevedono lo scanning delle informazioni presenti (scan), l'interpretazione dei dati riconosciuti (interpret), la verifica della bontà degli stessi (verify) mediante postazioni PC monitorate da operatori. L'output finale (transfer) viene restituito nei

formati elettronici standard, idonei all'import su database e alla elaborazione. Per il processo di verifica della qualità dei dati, viene estratto un campione di questionari compilati da acquisire nuovamente allo scanner e da sottoporre alle fasi di lavorazione OCR. Se i risultati dell'output della seconda acquisizione OCR sono congruenti con i risultati della prima, il controllo qualità si ritiene eseguito con successo. Al fine di ridurre il numero delle variabili 'not valid' ed identificare i falsi missing, spesso generati da un eccessivo/insufficiente annerimento delle caselle presenti nel questionario cartaceo, vengono verificati i valori di risposta acquisiti su set di variabili, suddivise nelle principali aree di interesse (genere, età, alcol, cannabis, ecc.), risalendo dai valori dell'output dati elettronico alla corrispondente scannerizzazione del questionario. Una volta ottenuto il set completo di dati, prima di procedere con le analisi, viene verificata la consistenza delle risposte fornite nei questionari. Seguendo gli standard adottati a livello europeo, vengono eliminati i questionari che presentano: più del 50% di mancata risposta, risposte sistematiche (per esempio aver risposto sempre allo stesso item in colonna), risposte incongruenti (per esempio: aver usato tutte le sostanze 40 o più volte negli ultimi 30 giorni), inconsistenza di almeno una risposta sull'uso di sostanze (per esempio aver risposto di aver fatto uso nei dodici mesi e non nella vita).

Analisi della affidabilità delle nuove domande

Nel caso in cui si renda necessario aggiungere o cambiare alcune domande del questionario, una procedura di test-retest viene condotta in un campione minimo di 5 scuole. Sullo stesso campione viene condotto lo studio a distanza di 3 settimane al fine di analizzare e migliorare l'affidabilità e la consistenza delle risposte alle nuove domande (i questionari delle due somministrazioni vengono linkati mediante codici anonimi) (Molinaro et al., 2012). Un gruppo di controllo composto di 40 scuole viene campionato a parte per testare possibili differenze nelle risposte tra il nuovo ed il precedente questionario, al fine di evitare distorsioni nella comparabilità temporale delle evidenze.

I consumi di sostanze psicoattive

Nell'anno che ha preceduto lo svolgimento dell'ultima indagine il 27% degli studenti italiani ha utilizzato almeno una sostanza illegale: di questi, l'85% ha fatto uso di una sola sostanza e circa il 15% possono essere considerati policonsumatori, quelli cioè che hanno usato 2 o più sostanze illecite durante l'anno.

Tra tutte le sostanze illegali, la cannabis è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata, mentre l'eroina è la meno diffusa, con cocaina, stimolanti ed allucinogeni che si pongono in posizione intermedia. Il genere maschile è più esposto al comportamento di consumo di tutte le sostanze, con un rapporto di genere, per quanto riguarda il consumo durante l'anno, che oscilla tra 1,5 per la cannabis, 1,9 per gli stimolanti e 2,2 per le altre sostanze illegali (Molinaro et al., 2011). È importante evidenziare che tra gli studenti maggiorenni le prevalenze riferite al consumo nella vita e a quello recente risultano superiori a quelle dei 15-17enni, fatta eccezione per l'eroina per la quale le prevalenze risultano del tutto simili. La differenza risulta altresì irrilevante quando si fa riferimento al consumo corrente e a quello frequente: le prevalenze riferite al consumo nel mese antecedente la somministrazione del questionario e a quello frequente rilevate tra gli studenti minorenni risultano del tutto simili a quelle dei maggiorenni, sia tra i maschi che tra le femmine.

Si stima che circa il 2,5% degli studenti di 15-19 anni abbia assunto almeno una volta nella vita sostanze psicoattive "sconosciute", senza sapere di cosa si trattasse. Il 56% circa di questi studenti

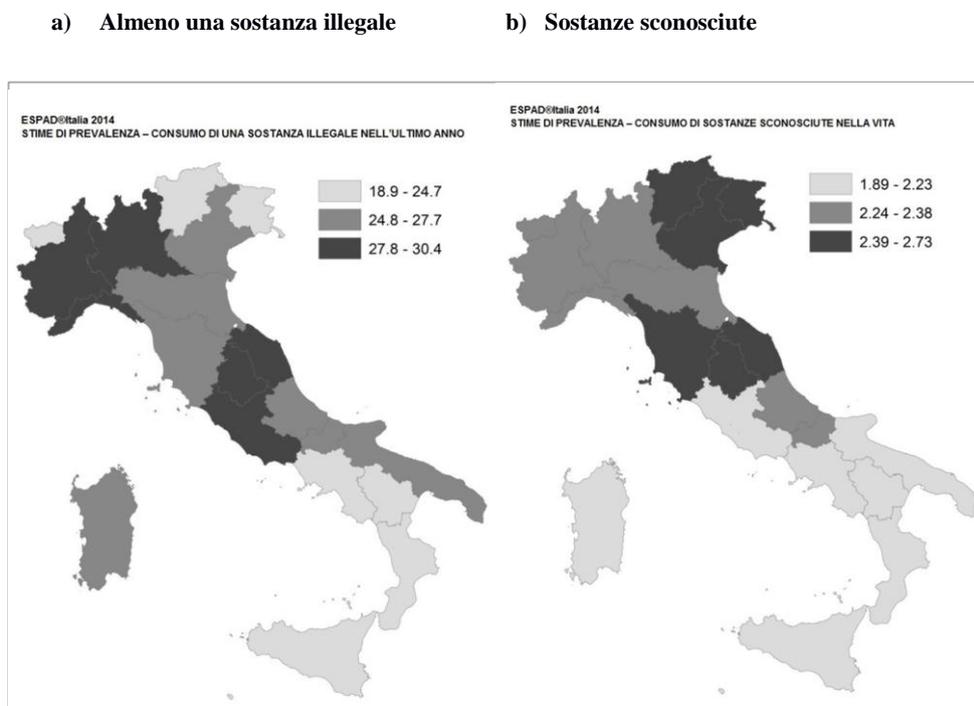
le ha assunte per non più di 2 volte, ma per il 23% si è trattato di ripetere l'esperienza oltre 10 volte.

Rispetto alla forma delle sostanze assunte, il 53% di questi studenti ha assunto un miscuglio di erbe sconosciute, per il 47% le sostanze non note si presentavano in forma liquida e per il 43% erano sotto forma di pasticche/pillole. Rispetto al genere, quasi il 3% dei maschi e poco meno del 2% delle femmine ha consumato sostanze psicoattive senza sapere cosa fossero. Gli utilizzatori di sostanze psicoattive "sconosciute" sono in misura maggiore tra coloro che durante l'anno hanno utilizzato sostanze diverse dalla cannabis rappresentano infatti il 7% tra chi ha utilizzato unicamente cannabis contro il 36% di chi ha utilizzato cocaina, stimolanti e/o allucinogeni e quasi il 60% di chi ha utilizzato eroina).

Sono le regioni site a Nord-Ovest della penisola (Piemonte, Liguria, Lombardia) e al Centro (Lazio, Umbria, Marche) a far registrare prevalenze di consumatori di almeno una sostanza illegale nell'ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori compresi tra 27,8% e 30,4%). Le regioni meridionali, ad eccezione di quelle adriatiche ma con l'aggiunta di Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, fanno registrare prevalenze al di sotto del valore nazionale (18,8% - 24,7%).

Gli studenti che invece hanno consumato nella vita almeno una sostanza a loro sconosciuta, riportando valori superiori alla media nazionale, si concentrano nella parte Nord-Orientale (Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia) e al Centro-Nord (Toscana, Umbria e Marche) con valori compresi tra 2,4% e 2,7%. Al sud e nelle isole, con l'aggiunta della regione Lazio, si rilevano prevalenze al di sotto del valore nazionale (1,9% - 2,2%).

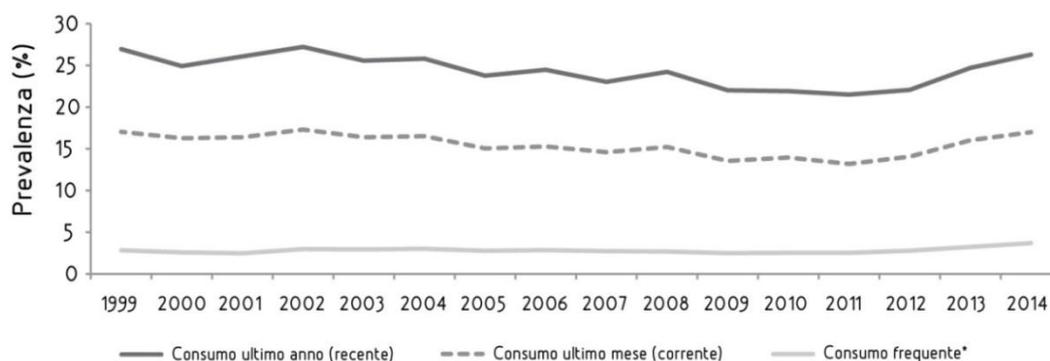
Figura 45: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato almeno una sostanza illegale nell'ultimo anno e sostanze sconosciute nella vita. Anno 2014



Il consumo di cannabis

Il consumo di cannabis, dopo un andamento decrescente, nel corso degli ultimi anni ha fatto registrare una ripresa, soprattutto rispetto ai “*frequent users*” (coloro cioè che hanno consumato la sostanza venti o più volte nel mese antecedente lo svolgimento dello studio), i quali dal 2,5% degli studenti, rilevato negli anni 2009-2011, passano al 2,8% nel 2012 all’attuale 3,7%.

Figura 46: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. Trend anni 1999-2014

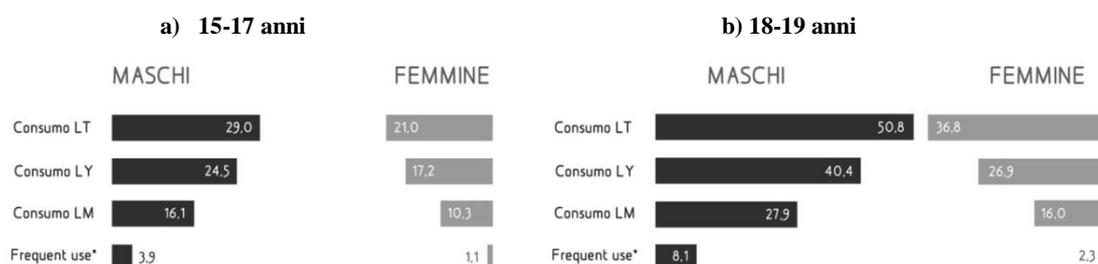


* 20 o più volte negli ultimi trenta giorni
 ESPAD@Italia

Un terzo degli studenti italiani di 15-19 anni ha provato cannabis almeno una volta nella vita (38,1% dei maschi e 27,6% delle femmine), mentre il 26,3% l’ha utilizzata nei 12 mesi precedenti lo studio, con la prevalenza annuale maschile superiore a quella femminile (31,1% e 21,3%).

I “*current users*”, coloro cioè che hanno utilizzato cannabis nei 30 giorni antecedenti alla somministrazione del questionario, rappresentano il 17% degli studenti italiani (21% tra i maschi e 12,7% tra le femmine) e di questi poco più di uno studente ogni quattro è anche “*frequent user*” (ha, cioè, consumato la sostanza venti o più volte nel mese antecedente), pari al 3,7% di tutti gli studenti italiani. È nel genere maschile e tra i maggiorenni che si riscontrano le prevalenze superiori, in riferimento a tutti gli intervalli temporali di consumo.

Figura 47: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. Anno 2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 20 o più volte negli ultimi trenta giorni.
 ESPAD@Italia 2014

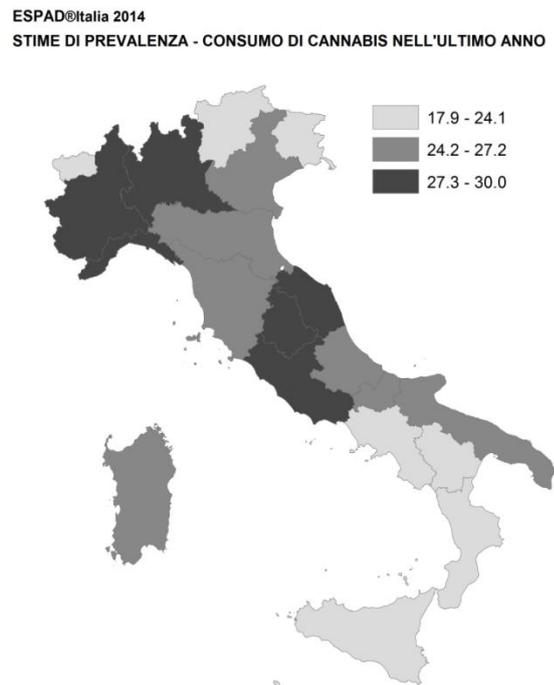
Il 42% degli studenti italiani, che abbiano o meno consumato cannabis, ritiene che sia facile potersela procurare e ne sono più convinti coloro che la utilizzano, in particolar modo i frequent users (92% contro l'82% dei consumatori recenti).

Un terzo degli studenti concorda che i luoghi più frequentati dai giovani sono anche quelli dove si potrebbe facilmente reperire cannabis: strada, giardini e parchi. Tra coloro che usano frequentemente cannabis il 74% ritiene di poterla facilmente trovare in strada e il 55% dallo spacciatore. Tra i ragazzi che hanno utilizzato cannabis durante gli ultimi trenta giorni il 15% ha speso 50 euro o più nell'ultimo mese, il 26% non ne ha spesi più di 10 ed il 34%, invece, non ha sostenuto alcuna spesa. Tra i frequent users il 48% ha speso oltre i 50 euro e 6% non ha speso più di 10 euro.

Analisi del consumo di cannabis nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

Nelle regioni del Nord-Italia e nelle Isole maggiori si conferma l'andamento nazionale: le prevalenze hanno una tendenza a diminuire leggermente fino al 2010-2011 per tornare ad aumentare costantemente negli anni successivi. Nello stesso periodo, nelle regioni del Centro e del Sud-Italia le prevalenze restano abbastanza stabili, anche se un leggero incremento dei consumi si osserva a partire dal 2012-2013. La Valle d'Aosta è l'unica regione che nell'ultima indagine registra un calo delle prevalenze passando dal 27,8% del 2013 a 22,7%. Sono le regioni nord-occidentali (Piemonte, Liguria, Lombardia) e centrali (Lazio, Umbria, Marche) a far registrare prevalenze di consumatori nell'ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori compresi tra 27% e 30%). Sono, invece, le regioni meridionali, ad eccezione di quelle che si affacciano sul Mare Adriatico, con l'aggiunta di Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, a far registrare prevalenze al di sotto del valore nazionale (tra 17,9% e 24,1%). È l'Umbria a far registrare la prevalenza maggiore nel 2014 (30%), mentre la Calabria riporta quella più bassa (17,9%).

Figura 48: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis nell'ultimo anno. Anno 2014



ESPAD ® Italia 2014

Il consumo problematico di cannabis

Considerata la diffusione di questa sostanza psicoattiva, nello studio ESPAD®Italia, con lo scopo di definire e monitorare il grado di problematicità del consumo *recente* di cannabis, è stato inserito il test di screening CAST–*Cannabis Abuse Screening Test* (Legleye et al., 2007), opportunamente validato a livello nazionale (Bastiani et al., 2013). Sono il 6% gli studenti italiani per i quali il consumo di cannabis è definibile “problematico”, corrispondenti al 22,7% di coloro che hanno assunto la sostanza durante l’anno, circa 1 ogni 4. Non si evidenziano differenze tra maggiorenni (22,9%) e minorenni (22,4%), mentre percentuali superiori si registrano tra i maschi (26,5% contro 17,1% delle coetanee). Tuttavia è interessante notare che un terzo dei consumatori frequenti risulta non avere un profilo problematico, così come circa la metà dei consumatori con uso problematico non ha un consumo frequenti.

Tra i consumatori problematici di cannabis, il 35% è un policonsumatore di sostanze illegali. Il 30% è anche un forte fumatore (10 o più sigarette al giorno), il 18% beve alcolici quotidianamente o quasi, ed il 6% ha frequentemente utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica nell’ultimo mese (10 o più volte).

Per l’80% dei consumatori problematici fumare cannabis quando ci si ritrova con gli amici è una pratica comune e circa la metà di questi (48%) lo fa tutti i giorni o quasi. Un terzo dei consumatori problematici ha speso oltre 50 euro negli ultimi 30 giorni per acquistare la sostanza ed il 91% ritiene che sia facile procurarsela, anche on-line (12%) ma soprattutto in strada (73%).

Rispetto a coloro che non hanno utilizzato cannabis durante l'anno o agli occasionali (cioè coloro che hanno consumato cannabis al massimo 10 volte negli ultimi dodici mesi, ovvero il 60% dei consumatori recenti), tra i consumatori problematici la quota di chi ritiene che i propri risultati scolastici siano scarsi risulta ampiamente superiore (14,3% contro il 4% dei non consumatori ed il 5,8% dei consumatori occasionali) così come la quota di chi, nel mese antecedente la rilevazione, ha fatto 7 o più giorni di assenza per mancanza di motivazione (9,8% contro 1,4% dei non consumatori e 2,9% di quelli occasionali). Il 64,3% degli studenti con un profilo problematico di consumo di cannabis ha avuto esperienze di risse ed il 24,4% ha fatto incidenti mentre era alla guida di un veicolo (contro rispettivamente il 37,1% e 7,2% dei non consumatori ed il 50,1% e 12,8% di quelli occasionali).

The Cannabis Abuse Screening Test

È una scala di screening composta da 6 domande che descrivono il comportamento d'uso o eventuali esperienze problematiche vissute a causa dell'utilizzo della sostanza e misura la frequenza dei seguenti eventi nei dodici mesi precedenti all'intervista:

- a) Hai mai fumato cannabis prima di mezzogiorno?
- b) Hai mai fumato cannabis da solo?
- c) Hai mai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?
- d) Gli amici dei tuoi familiari ti hanno mai detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?
- e) Hai mai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?
- f) Hai mai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola, ecc.)?

Le risposte si distribuiscono lungo una scala a 5 punti (0 "mai", 1 "di rado", 2 "di tanto in tanto", 3 "piuttosto spesso" e 4 "molto spesso"). Nella versione originale denominata CAST binario (Legleye et al., 2007) l'attribuzione del punteggio varia a seconda dell'item ed il punteggio totale può variare da 0 a 6, dove uno score totale ≥ 2 definisce un comportamento problematico.

Legleye e collaboratori (2011) hanno testato e validato anche una versione del CAST denominata Full-version, che non prevede soglie diverse tra le alternative di risposta ma, ad ogni item, viene assegnato lo stesso punteggio a seconda dell'alternativa di risposta segnata, cosicché il punteggio totale risulta compreso tra 0 a 24. Un comportamento problematico è identificato da uno score totale ≥ 3 .

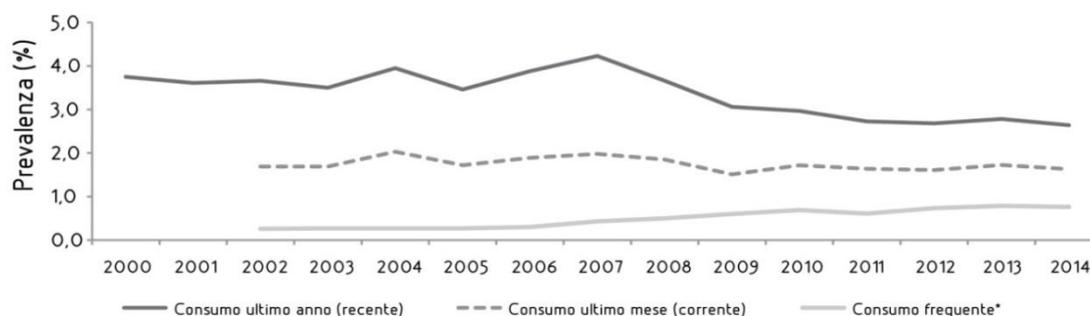
Lo studio di validazione Italiano del CAST (Bastiani et al., 2013) è stato sviluppato mediante un'analisi dell'equidistanza tra le diverse alternative di risposta per ognuno dei 5 items. Il punteggio totale della versione Italiana (CAST-MCA) prevede, quindi, un algoritmo che somma i pesi attribuendo differente importanza alle diverse opzioni di risposta. Il punteggio totale di questa versione è compreso tra 0 a 24, definendo comportamento problematico uno score totale ≥ 7 .

Il consumo di cocaina

Le prevalenze riferite al consumo *recente* di cocaina, ovvero almeno una volta negli ultimi dodici mesi, tra gli studenti italiani di 15-19 anni hanno fatto registrare una sostanziale stabilità fino al 2005 seguita da un graduale e progressivo incremento fino all'anno 2007, per decrescere successivamente e attestarsi a valori intorno a 2,6%-2,8% negli ultimi quattro anni. Una sostanziale stabilità si osserva per le prevalenze riferite al consumo *corrente*, avvenuto nei trenta giorni

antecedenti lo svolgimento dello studio, che dal 2% rilevato nell'anno 2007 passano a valori intorno a 1,6%-1,7% nel corso delle ultime cinque rilevazioni. In aumento risultano le prevalenze riferite ai "frequent users", a coloro cioè che hanno utilizzato cocaina dieci o più volte nell'ultimo mese: passano da 0,3% degli anni 2002-2006 a 0,6% del 2009 a 0,8% degli ultimi 2 anni.

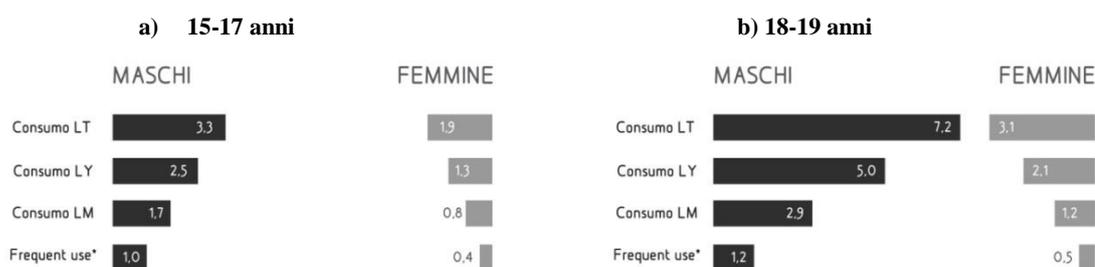
Figura 49: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina. Trend anni 2000-2014



*Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni
 ESPAD@Italia

Sono il 2,6% gli studenti che nel 2014 riferiscono di aver utilizzato cocaina durante l'anno e l'1,6% i "current users", ossia coloro che l'hanno consumata nel mese prima dello svolgimento dello studio. Sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad averla utilizzata e gli studenti maggiorenni. Tra i "current users" sono la metà coloro che hanno consumato cocaina frequentemente: anche in questo caso sono i maschi ed i maggiorenni a risultare in quota superiore.

Figura 50: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina. Anno 2014



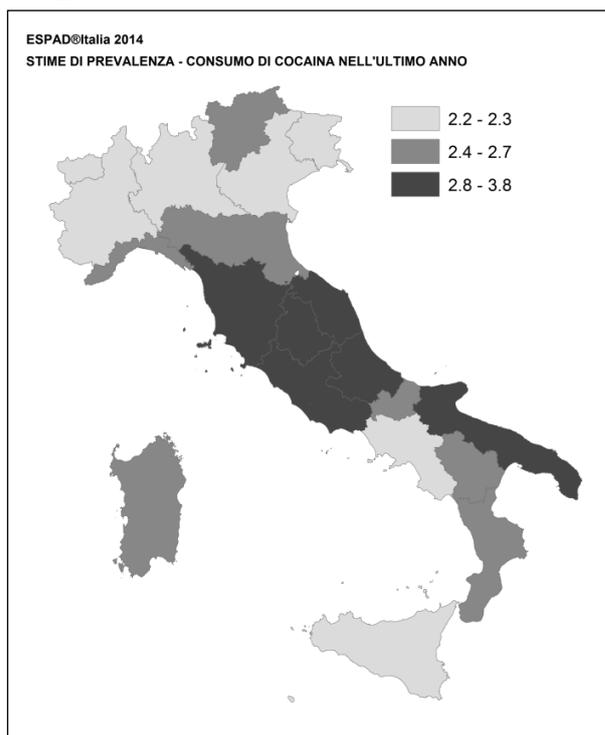
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni); Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
 ESPAD@Italia 2014

Analisi del consumo di cocaina nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

La tendenza registrata per i consumi recenti a livello nazionale si ripete per tutte le regioni del Paese che, dopo i picchi del 2007, tendono ad una diminuzione, più leggera nel Sud-Italia e nelle Isole e maggiore nel Centro e nel Nord-Italia, sino all'assestamento tra il 2011 e il 2014 per tutte le regioni. Solo in Umbria dal 2012 le prevalenze tornano a incrementare passando da 2,8% del 2008

a 3,8% del 2014. Nell'ultima indagine anche in Trentino Alto Adige si registrano leggeri aumenti a differenza del resto delle regioni italiane. Fatta eccezione per la regione Puglia, sono concentrate tutte al Centro-Italia le regioni che riportano prevalenze di consumatori nell'ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori maggiori a 2,8%), mentre si collocano al Nord (a esclusione del Trentino Alto Adige), con l'aggiunta di Campania e Sicilia, le regioni che fanno registrare prevalenze al di sotto del dato nazionale (con valori inferiori a 2,3%).

Figura 51: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina nell'ultimo anno. Anno 2014



ESPAD@Italia 2014

Il 14% degli studenti ritiene sia facile reperire cocaina. Per entrambi i generi al crescere dell'età aumenta la facilità a reperire la sostanza: a 15 anni la prevalenza è dell'8% per entrambi i generi, ma al crescere dell'età le prevalenze dei maschi arrivano, tra i 19enni, a superare il 22%, tra le coetanee il 15%. Non si rilevano differenze tra le diverse tipologie di consumatori rispetto alla facilità a reperire la sostanza (75% tra i consumatori recenti e 76% tra i consumatori frequenti).

È soprattutto per strada (11%) che gli studenti ritengono di poterla reperire facilmente così come in discoteca (11%) o direttamente da uno spacciatore (9%). Le differenze tra maschi e femmine vedono i

primi riportare prevalenze più alte, soprattutto rispetto alla strada (M=13%; F=9%) e allo spacciatore (M=10%; F=7%). Chi ha consumato cocaina nell'ultimo anno ha indicato lo spacciatore come il luogo presso cui reperire più facilmente la sostanza (41%) seguito dalla strada (39%) e dalla discoteca (38%). Poco diversa la distribuzione dei consumatori frequenti, per i quali il posto maggiormente indicato è sempre lo spacciatore (40%) a seguire discoteca e strada (rispettivamente 37% e 34%).

Un quarto dei consumatori correnti ha speso oltre 90€ mentre il 34% riferisce di non aver speso nulla. La situazione è diversa tra i consumatori frequenti: superano il 44% quelli che hanno speso oltre 90€ e non raggiungono il 23% quelli che non hanno speso denaro per procurarsi la sostanza.

Il consumo di stimolanti ed allucinogeni

Le prevalenze annuali riferite a queste sostanze psicoattive evidenziano la stessa diffusione: il 2,6% degli studenti italiani ha utilizzato stimolanti (es. amfetamine ed ecstasy) ed il 2,4% ha fatto uso di allucinogeni (es. LSD e funghi allucinogeni), sono rispettivamente l'1,6% e 1,4% i "current users" (coloro che hanno consumato nel mese antecedente lo svolgimento della survey). Come evidenziato nel caso della cocaina, quasi la metà dei "current users" è anche un "frequent user": lo 0,8% degli studenti italiani ha utilizzato stimolanti almeno 10 volte nel corso dei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario e una quota altrettanto consistente ha utilizzato allucinogeni con la stessa frequenza. Negli anni le prevalenze annuali dal 2003 al 2008 seguono un andamento progressivamente crescente (da 1,9% a 2,8% per gli stimolanti e da 2,2% a 2,9% per gli allucinogeni), mentre è dal 2012 che tendono a rimanere costanti, con valori pari a 2,5% nel caso del consumo di allucinogeni ed intorno a 2,6-2,8% per gli stimolanti. Sono le prevalenze riferite al "current use" che fanno registrare una tendenza all'aumento, così come quelle riferite al "frequent use" (10 o più volte nell'ultimo mese) mostrando, comunque, una stabilizzazione nel corso delle ultime tre rilevazioni. Rispetto alle sostanze stimolanti le prevalenze riferite ai "current users" passano da 0,9% del 2003 a 1,3% nel 2009 a 1,6-1,7% nelle ultime due rilevazioni, mentre quelle dei "frequent users" da 0,2% degli anni dal 2003 al 2005 a 0,6% nel 2009 a 0,8% nelle ultime tre rilevazioni. Anche per quanto riguarda i consumi di allucinogeni si osserva la stessa tendenza: le prevalenze riferite ai "current users" passano da 0,8% del 2005 a 1,2% nel 2007 a 1,3-1,4% nelle ultime due rilevazioni, così come nei rispettivi anni le prevalenze dei "frequent users" passano da 0,2% a 0,4% a 0,8% nelle ultime due rilevazioni.

Figura 52: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato stimolanti. Trend anni 2003-2014

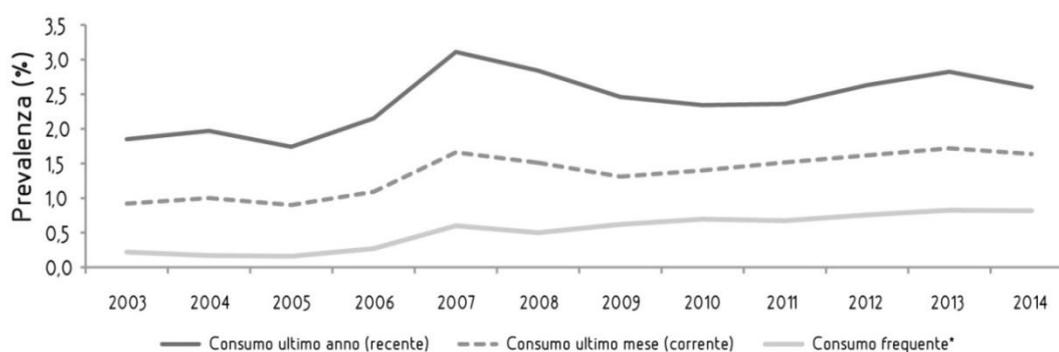
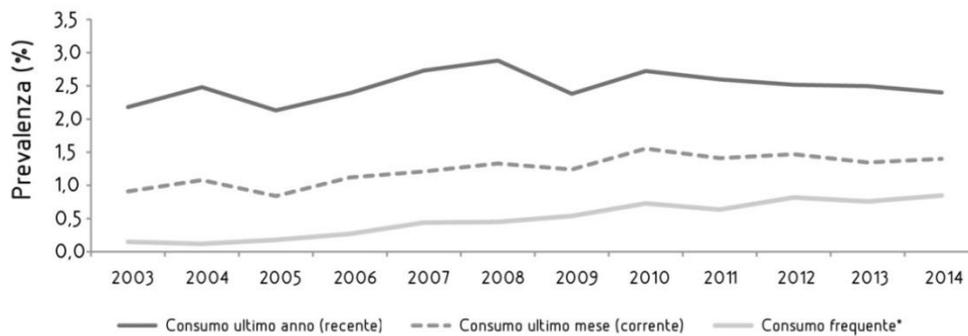


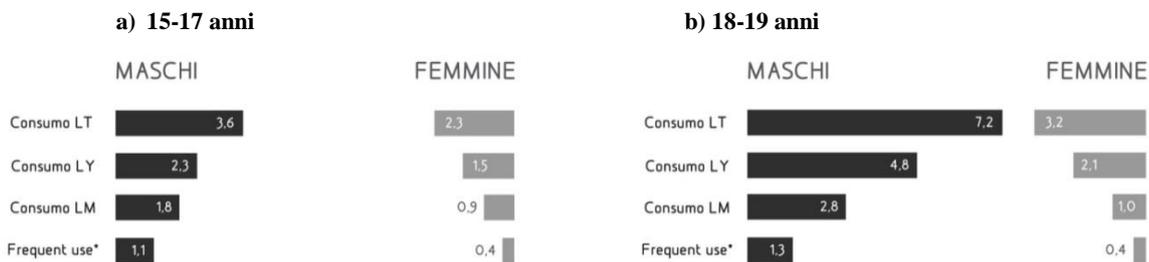
Figura 53: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni. Trend anni 2003-2014



*Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni
 ESPAD@Italia

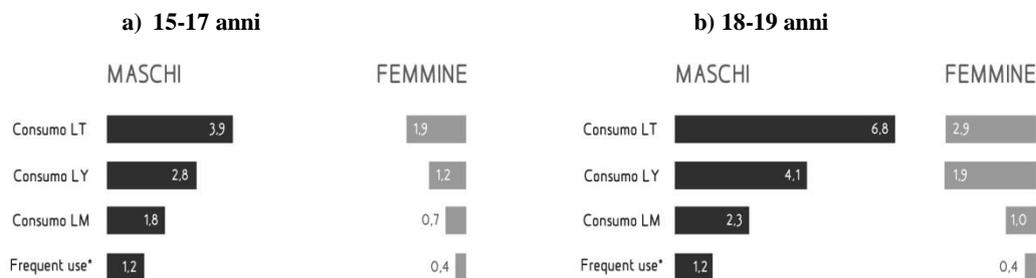
Anche in questo caso, sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad utilizzare queste sostanze, così come i maggiorenni.

Figura 54: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato stimolanti. Anno 2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
 ESPAD@Italia 2014

Figura 55: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni. Anno 2014



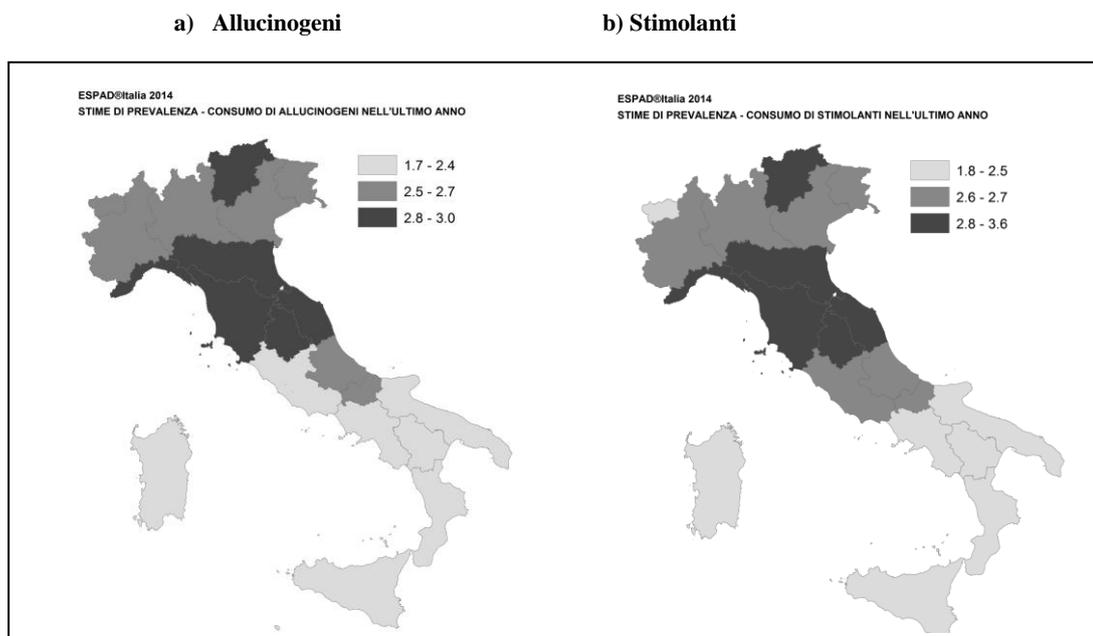
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
 ESPAD@Italia 2014

Analisi del consumo di stimolanti e allucinogeni nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

I trend all'interno delle regioni italiane sono differenti per le due tipologie di sostanze sintetiche: a livello di macro area risulta più omogeneo quello degli stimolanti rispetto a quello degli allucinogeni, per i quali difatti si assiste ad un andamento altalenante. Per quanto riguarda gli stimolanti, si osservano incrementi in tutte le regioni dal 2005 al 2007. Successivamente, il consumo rimane costante nelle regioni del Sud-Italia e tende a diminuire gradualmente nelle Isole. Decrementi sostanziali dei consumi si osservano, invece, dal 2007 al 2009-2010 per tutte le regioni del Nord e del Centro, con ulteriori incrementi a partire dal 2011. Per gli allucinogeni si osservano incrementi dal 2005 al 2008 in tutte le regioni, anche se di minore entità nelle Isole. Negli anni successivi il trend nelle Isole è diverso da quello del resto d'Italia: se in queste si osserva un andamento altalenante, con picchi di consumo sia nel 2009 che nel 2012, nel resto d'Italia è proprio nel 2009 che i consumi diminuiscono, soprattutto al Nord, per riprendere ad aumentare nel 2010 e stabilizzarsi negli anni ultimi anni.

Nel 2014 è sempre la Sicilia, per entrambe le tipologie di sostanza, a riportare le prevalenze inferiori (allucinogeni=1,7%; stimolanti=1,9%); sono, invece, la Liguria per gli allucinogeni (3%) e l'Umbria (2,6%) per gli stimolanti a far registrare le prevalenze maggiori. A differenza di quanto rilevato per eroina e cocaina, per allucinogeni e stimolanti le prevalenze di consumo durante l'anno risultano inferiori alla media nazionale nelle regioni del Sud-Italia, con l'aggiunta di Sicilia e Sardegna, ma anche Lazio per gli allucinogeni (con valori inferiori a 2,4% per allucinogeni e 2,5% per stimolanti). Sono, invece, le regioni Trentino Alto Adige, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche a porsi con valori superiori a quello di riferimento nazionale, riportando prevalenze superiori a 2,8% per entrambe le sostanze.

Figura 56: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni e stimolanti nell'ultimo anno. Anno 2014



L'11% degli studenti a riferito di poter reperire facilmente stimolanti, così come il 69% dei consumatori recenti e l'80% dei consumatori frequenti.

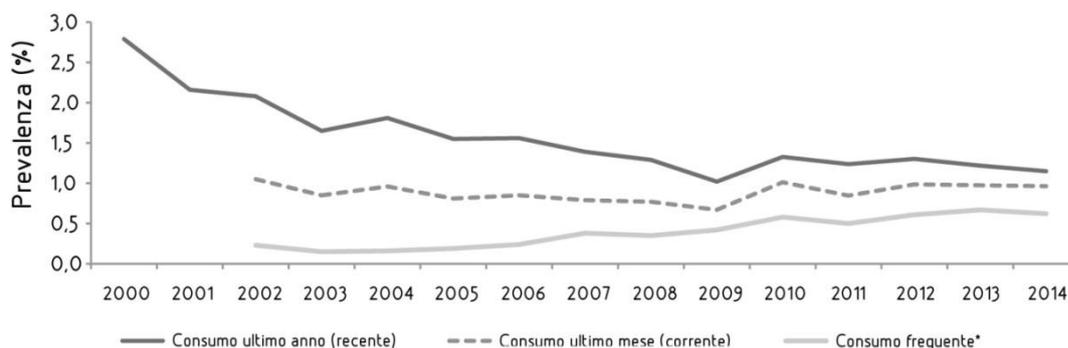
I luoghi dove gli studenti pensano di poter reperire facilmente stimolanti sono la discoteca (10%), la strada (8,5%), le manifestazioni pubbliche (8%) e tramite uno spacciatore (6,5%). I maschi sembrano avere meno difficoltà a individuare luoghi dove recuperare la sostanza, riportando sempre prevalenze maggiori rispetto alle femmine. La discoteca resta il luogo maggiormente indicato anche dai consumatori recenti (44%), seguita dalle manifestazioni pubbliche (35%) e dallo spacciatore (34%).

Il 12% degli studenti ritiene che gli allucinogeni siano di facile reperimento, in particolare tra i consumatori recenti e tra i frequent users (75%). Come per gli stimolanti sono la discoteca, la strada (entrambe oltre il 7%), le manifestazioni pubbliche e tramite uno spacciatore (entrambi al 6%) i luoghi nei quali gli studenti pensano di poter reperire facilmente allucinogeni. Anche in questo caso i maschi riportano prevalenze superiori per tutti i luoghi indagati, soprattutto rispetto alla strada (M=9,2%; F=5,9%). Il contatto con lo spacciatore è il luogo indicato di maggior reperibilità per chi ha assunto allucinogeni negli ultimi 30 giorni (36%) seguito dalla discoteca (34%) e dalla strada (31%). Casa dello spacciatore rimane il luogo maggiormente identificato anche dai consumatori frequenti (34%), seguito dalle vicinanze della scuola (30%).

Il consumo di eroina

L'eroina è, da sempre, la sostanza psicoattiva illegale meno utilizzata dagli studenti italiani. Dopo quasi un decennio di progressiva diminuzione dei consumi annuali (dal 2,8% nel 2000 all'1% nel 2009) e di quelli correnti (da 1,1% nel 2002 a 0,7% nel 2009), dal 2010 si è assistito ad una leggera ripresa dei consumi e allo stabilizzarsi delle prevalenze annuali intorno a valori dell'1,1-1,3% e dell'1% per quelle riferite al "current use". Rispetto al "frequent use" si osserva un incremento lieve ma crescente che da 0,2% del 2002 passa a 0,4% nel 2009 a 0,6-0,7% nelle ultime tre rilevazioni.

Figura 57: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina. Trend anni 2000-2014

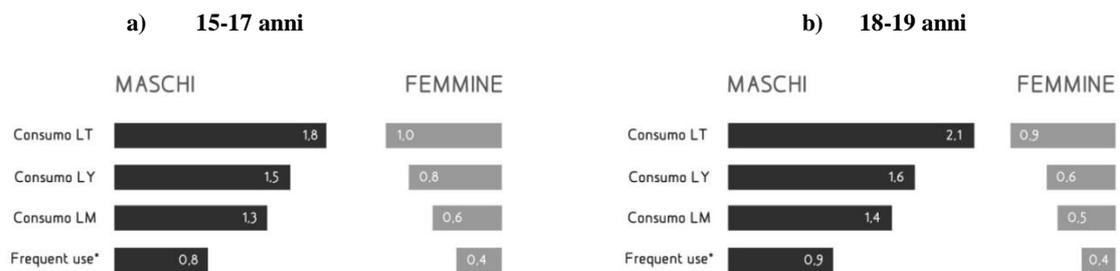


*Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni
ESPAD@Italia

Sono l'1,1% coloro che l'hanno assunta nei dodici mesi precedenti lo studio e per l'1% il consumo è avvenuto anche nel corso degli ultimi trenta giorni. Per il 60% dei "current users" (che

corrispondono allo 0,6% di tutti gli studenti italiani 15-19enni) si è trattato di farne un uso frequente, per 10 o più volte negli ultimi 30 giorni. Per tutte le tipologie di consumo le prevalenze maschili risultano superiori a quelle femminili, con un rapporto di genere di circa 1 maschio ogni 2 femmine. A differenza di quanto rilevato per le altre sostanze illegali, le prevalenze per genere risultano del tutto simili tra minorenni e maggiorenni.

Figura 58: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina. Anno 2014

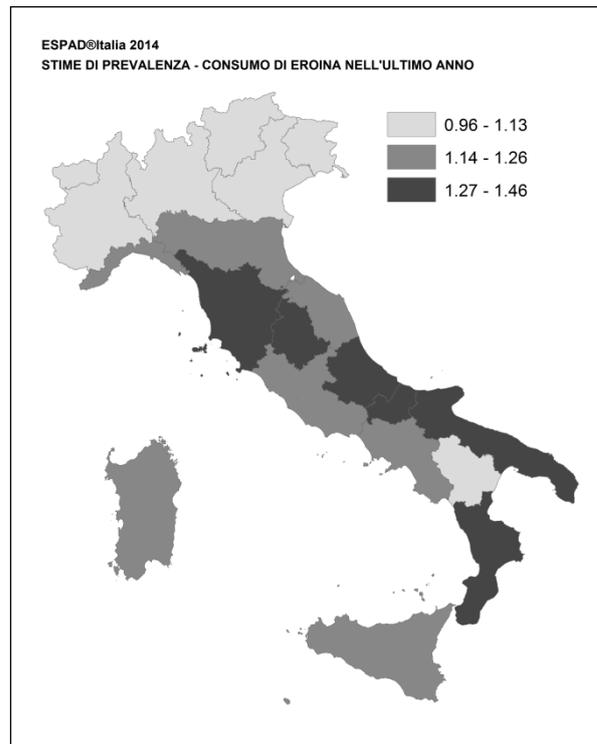


LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
 ESPAD@Italia

Analisi del consumo di eroina nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

Nello specifico si assiste ad una costante diminuzione dei consumi fino al 2009, anno in cui per tutte le regioni italiane si sono registrate le prevalenze più basse. A partire dal 2010 i consumi aumentano leggermente per stabilizzarsi sino al 2012 nelle regioni del Sud-Italia e nelle Isole e diminuire successivamente (fatta eccezione per Abruzzo e Molise dove le prevalenze continuano a rimanere stabili). Nel Nord e nel Centro-Italia, dopo l’incremento registrato nel 2010, le prevalenze tendono a stabilizzarsi. Nel 2014 sono la Lombardia a far registrare la prevalenza più bassa (1%) e il Molise quella più alta (1,5%).

Nel complesso sono le regioni della fascia Sud-orientale, alle quali si aggiungono Toscana, Umbria e Calabria, a riportare le prevalenze superiori alla media italiana con valori compresi tra 1,27 e 1,46%. Tutte le regioni del Nord-Italia con l’aggiunta di Basilicata si pongono al di sotto del valore nazionale.

Figura 59: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina nell'ultimo anno. Anno 2014

ESPAD@Italia 2014

Sono il 7% la prevalenza degli studenti che ritengono facile reperire eroina: non si evidenziano distinzioni di genere. Come per la cocaina, la facilità aumenta all'aumentare dell'età. Tra gli studenti che hanno consumato eroina recentemente, la prevalenza è del 67% e tra i consumatori frequenti del 70%. Sono strada (7%), discoteca (6,4%) e casa dello spacciatore (6%) i luoghi dove gli studenti pensano di poter trovare facilmente eroina. I maschi riportano prevalenze più alte soprattutto quelle riferite allo spacciatore e alla strada.

Tra chi ha consumato eroina negli ultimi dodici mesi, il luogo in cui è più semplice reperire la sostanza è casa dello spacciatore (36%), seguono la discoteca, i bar e la scuola (28%); tra i frequent users la casa dello spacciatore resta il luogo maggiormente indicato (39%), seguito dai luoghi circostanti scuola (35%).

Rispetto alla spesa, il 29% dei consumatori correnti riferisce di non aver speso denaro e il 32% di aver speso oltre i 90€; tra i consumatori frequenti oltre il 45% ha speso 91 o più euro e il 18% riferisce di non aver sostenuto alcuna spesa.

Il danno associato al consumo di una o più sostanze psicoattive (indicatori FUS e PDS)

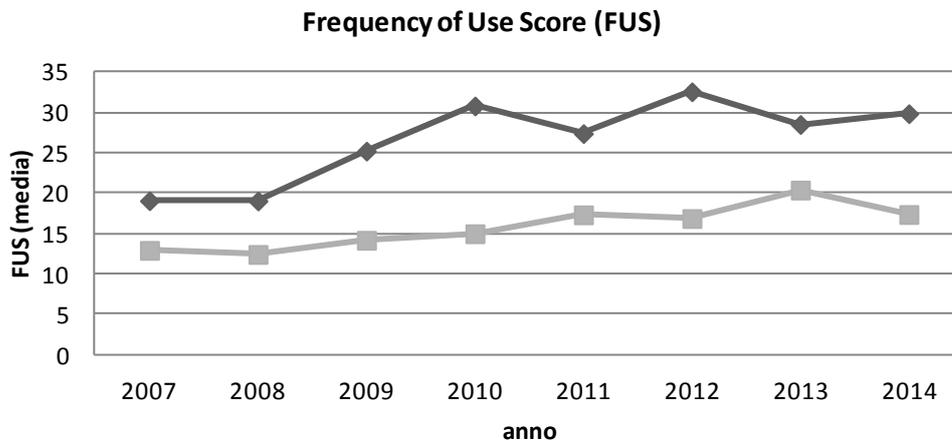
Gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS) sono dei punteggi calcolabili per ogni utilizzatore che rappresentano, rispettivamente, la frequenza globale del consumo di una o più droghe e la misura del danno che l'assunzione di queste provoca alla salute. La definizione di questi indicatori si basa sulla classificazione delle conseguenze negative sulla

salute fatta da Van Amsterdam (Van Amsterdam et al. 2010) il quale ha assegnato un punteggio di danno a ciascuna sostanza considerandone la tossicità acuta, la tossicità cronica e la dipendenza. Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi di Van Amsterdam. La descrizione più dettagliata di questi indicatori e una prima applicazione ai dati ESPAD® si può trovare in Mammone et al. 2014. Rispetto alla prevalenza d'uso, questi indicatori tenendo in considerazione le conseguenze sulla salute misurano la gravità dell'uso di sostanze (sia essa dovuta all'uso molto frequente di una sostanza altamente dannosa, oppure all'uso di più sostanze mediamente dannose a frequenze più moderate), mentre la prevalenza misura solamente la diffusione dell'uso.

Gli indicatori FUS e PDS sono stati calcolati, dall'indagine del 2007 fino a quella del 2014, sugli studenti tra i 15 e i 19 anni che hanno dichiarato di aver consumato almeno una sostanza⁴⁰ nel corso dei 30 giorni antecedenti alla compilazione del questionario. Al trend degli indicatori FUS e PDS è stato affiancato il trend della prevalenza d'uso di almeno una sostanza. Questi indicatori, con andamenti molto simili tra loro essendo strettamente correlati l'uno all'altro, risultano in netta crescita sino al 2012 per i maschi e fino al 2013 per le femmine. Il consumo corrente nel complesso, è rimasto sostanzialmente stabile, dal 2007 al 2011. Ciò significa che in questi anni, nonostante non sia cambiata la diffusione dell'uso di sostanze tra gli studenti, coloro che hanno utilizzato sostanze lo hanno fatto con modalità e frequenze sempre più dannose per la salute. Dal 2012 per i maschi e 2013 per le femmine gli indicatori FUS e PDS hanno assunto un andamento decrescente a fronte anche di un aumento della prevalenza. La distinzione di genere, se non per tassi evidentemente più elevati tra i maschi rispetto alle femmine, non evidenzia differenze avendo, studenti e studentesse, i medesimi andamenti. Le uniche differenze sono aumenti più "diluiti" nel tempo per le studentesse mentre i coetanei rilevano incrementi più decisi nel 2010 e nel 2012, oltre alla diversa tendenza dell'ultima rilevazione: gli studenti fanno registrare un lieve incremento in entrambi gli indicatori, mentre le ragazze un calo a fronte di un incremento della prevalenza per entrambi.

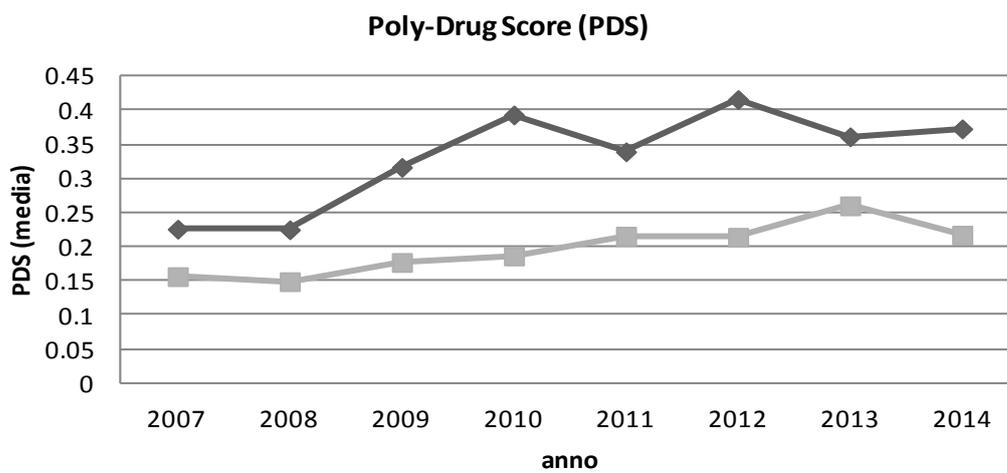
⁴⁰ Cannabis, eroina, cocaina, stimolanti, allucinogeni, psicofarmaci e anabolizzanti.

Figura 60: Andamento temporale del FUS. Popolazione studentesca 15-19 anni. Distinzione per genere. Anni 2007-2014



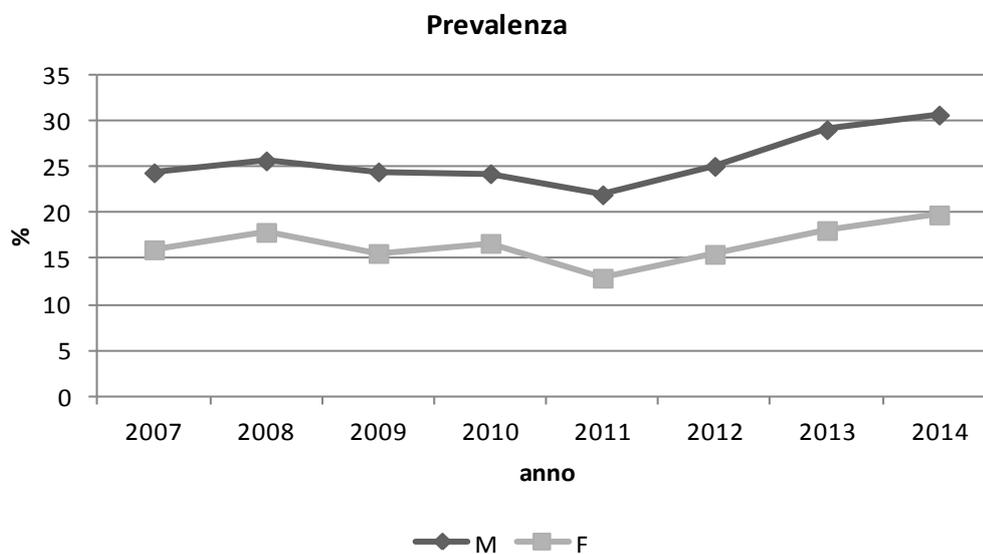
ESPAD@Italia

Figura 61: Andamento temporale del PDS. Popolazione studentesca 15-19 anni. Distinzione per genere. Anni 2007-2014



ESPAD@Italia

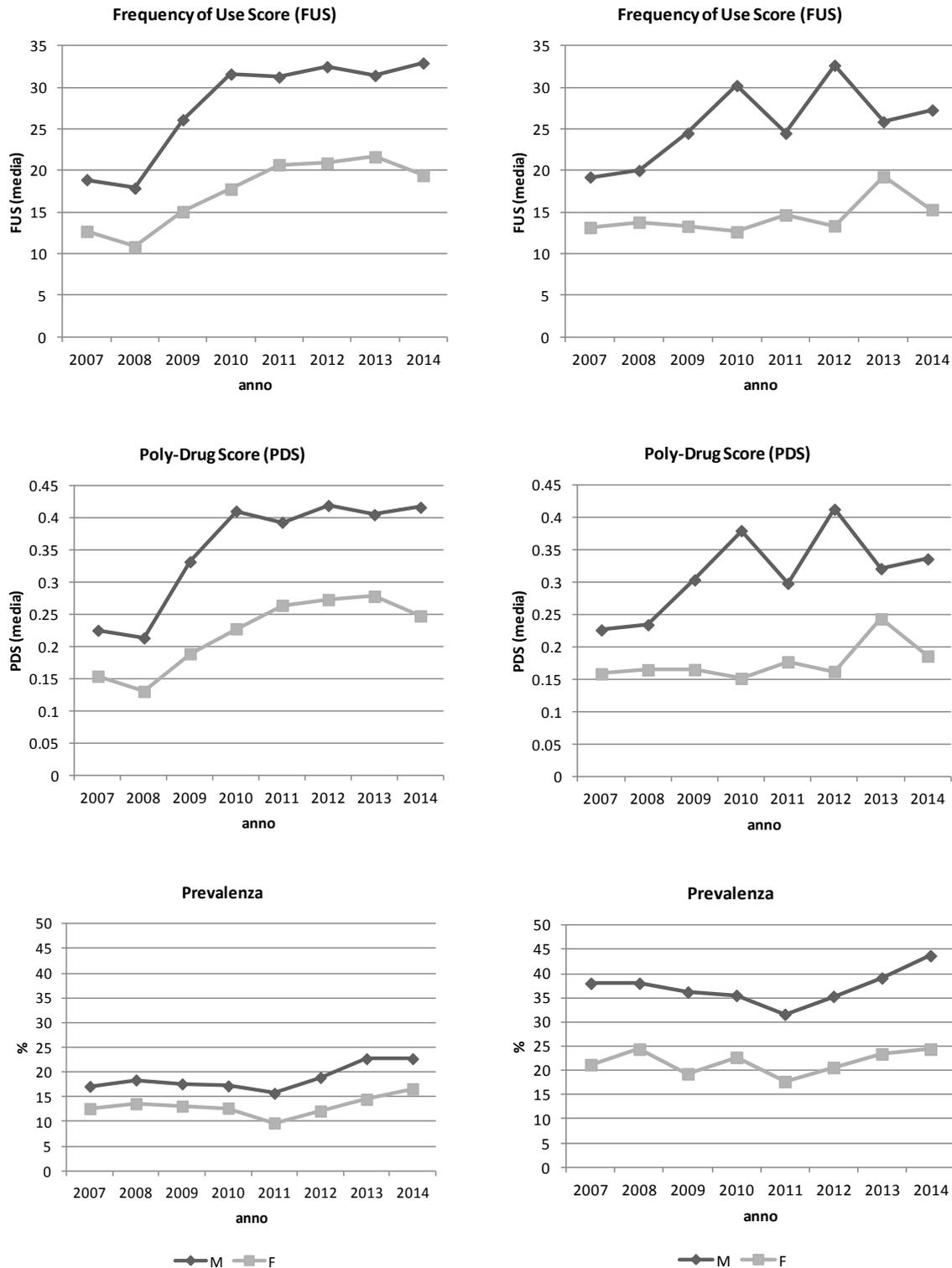
Figura 62: Andamento temporale della prevalenza. Popolazione studentesca 15-19 anni. Distinzione per genere. Anni 2007-2014



ESPAD@Italia

È tra minorenni e maggiorenni che invece si evidenziano le differenze più rilevanti. Tra i primi, sino al 2010, si è osservato un forte incremento degli indicatori FUS e PDS, a fronte di una lieve diminuzione della prevalenza; i maggiorenni, invece, ricalcano l'andamento della popolazione intera presentando incrementi meno graduali. Le discrepanze maggiori però si riscontrano tra l'entità degli indicatori: se fino al 2008 erano i maggiorenni a presentare valori più elevati (quindi un uso più dannoso per la salute), dal 2009 al 2014 si inverte la tendenza. Rispetto alle differenze di genere, come nella popolazione studentesca generale, gli andamenti sono molto simili: le studentesse riportano variazioni più omogenee, gli studenti variazioni più significative di anno in anno ma gli andamenti per genere, tra le due classi di età, sono i medesimi. I maschi superano in entrambe le classi di età e per entrambi gli indicatori le coetanee.

Figura 63: Andamento temporale del FUS, del PDS e della prevalenza. Distinzione per genere e tra studenti maggiorenni e minorenni. Anni 2007-2014.



Caratteristiche dei consumatori “frequenti”

Al fine di individuare le caratteristiche associate ai consumatori “frequenti”, sia di cannabis che di altre sostanze illegali, sono stati utilizzati dei modelli statistici di regressione logistica che stima le misure di associazione Odds Ratio-OR (o “Rapporto tra Odds”) associate alle diverse variabili raccolte nel questionario. Le misure di associazione sono state aggiustate per genere ed età e vengono 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 in studio. Se invece l’OR risulta negativo la variabile in esame è associata negativamente al fenomeno in studio. La significatività statistica è stata stabilita per un valore di $p \leq .05$.

I consumatori “frequenti” di cannabis

Gli studenti che hanno assunto frequentemente cannabis, ovvero 20 o più volte nel mese, evidenziano un’associazione fortemente positiva con il bere 5 o più unità alcoliche in un tempo ristretto (praticare cioè il binge drinking), con il fumare quotidianamente sigarette così come con l’aver assunto sostanze psicoattive “sconosciute”. I “frequent users” di cannabis, inoltre, mostrano una maggiore probabilità di giocare d’azzardo durante l’anno così come avere un comportamento di gioco definibile problematico. Oltre alla maggiore propensione ai comportamenti a rischio, i “frequent users” evidenziano associazioni positive anche rispetto ad alcune caratteristiche relative alla famiglia d’origine, alla gestione del tempo libero e all’andamento scolastico. Vivere in una famiglia “non tradizionale” (ad esempio famiglia monogenitoriale, allargata, etc.) avere fratelli che utilizzano sostanze psicoattive illegali e genitori che non controllano la gestione dei soldi da parte dei figli sono caratteristiche che risultano fortemente associate all’essere un frequent users di cannabis.

Dall’altra parte, coloro che riferiscono di avere una situazione economica familiare mediamente elevata, di essere monitorati dai genitori nelle attività del sabato sera o ancora di essere soddisfatti del rapporto con i propri genitori e/o con i fratelli evidenziano una minore probabilità di essere un consumatore frequente di cannabis. Anche rispetto al rapporto con i pari, i frequent users si distinguono in quanto evidenziano un’associazione fortemente positiva con l’aver amici che usano sostanze psicoattive illegali, uscire frequentemente la sera (andare in discoteca, al bar, ecc.) e/o andare in giro con gli amici (stare per strada, andare al centro commerciale, ecc.).

Caratteristiche dei consumatori frequenti di cannabis

Minore probabilità di consumo		Maggiore probabilità di consumo	
Caratteristica	ORadj (IC 95%)	Caratteristica	ORadj (IC 95%)
Altri comportamenti a rischio			
		Binge drinking	6.2 (5.3;7.2)
		Aver giocato d'azzardo recentemente	1.6 (1.4;1.8)
		Profilo problematico per il gioco d'azzardo	2.7 (2.1;3.5)

		Aver usato droghe sconosciute	7.8 (6.4;9.7)
		Fumare sigarette quotidianamente	16.1 (13.7;19)
Famiglia			
Situazione economica familiare medio-alta	0.6 (0.5;0.7)	Vivere in una famiglia “non tradizionale”	2.2 (1.9;2.5)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0.2 (0.2;0.3)	Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	4.6 (3.9;5.5)
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0.4 (0.3;0.4)	Avere fratelli che consumano droghe	7.3 (6.1;8.7)
Soddisfatti del rapporto coi propri fratelli/sorelle	0.6 (0.5;0.7)		
Scuola			
Avere un rendimento scolastico medio/alto	0.3 (0.3;0.4)	Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	4.4 (3.8;5)
Amici e tempo libero			
Partecipare spesso ad attività sportive	0.7 (0.6;0.8)	Avere amici che consumano droghe	8 (5.9;10.9)
		Andare spesso in giro con gli amici	2.6 (2;3.4)
		Uscire spesso la sera	3.6 (3;4.4)

I consumatori “frequentissimi” di altre illegali (cocaina, eroina, allucinogeni, stimolanti)

L'1,5% degli studenti è un consumatore frequente di almeno una sostanza illegale tra cocaina, eroina, allucinogeni e/o stimolanti, ovvero ne ha fatto uso almeno 10 volte nell'ultimo mese. Tra questi il 37% è anche consumatore frequente di cannabis. Tali studenti mostrano una associazione positiva con tutti gli altri comportamenti a rischio. Tuttavia, rispetto ai consumatori frequenti di cannabis, evidenziano associazioni più elevate con il consumo di sostanze sconosciute e con il gioco d'azzardo (soprattutto con il gioco d'azzardo problematico), ed inferiori per il consumo quotidiano di sigarette. I frequent users di altre illegali evidenziano associazioni positive più elevate anche rispetto ad alcune caratteristiche relative alla famiglia d'origine, come vivere in una famiglia “non tradizionale”, avere fratelli che utilizzano sostanze psicoattive illegali e avere genitori che non controllano la gestione dei soldi da parte dei figli. Rispetto alla gestione del tempo libero ed al rapporto coi pari, i frequent users di altre illegali si distinguono in quanto evidenziano un'associazione positiva meno forte rispetto ai frequent users di cannabis con l'aver amici che usano sostanze psicoattive illegali e con l'uscire frequentemente la sera (andare in discoteca, al bar, ecc.), mentre andare in giro con gli amici (stare per strada, andare al centro commerciale, ecc.) non risulta associato al consumo frequente di altre illegali.

Caratteristiche dei consumatori frequenti di altre illegali

Minore probabilità di consumo		Maggiore probabilità di consumo	
<i>Caratteristica</i>	<i>ORadj (IC 95%)</i>	<i>Caratteristica</i>	<i>ORadj (IC 95%)</i>
Altri comportamenti a rischio			
		Binge drinking	6.5 (5.1;8.3)
		Aver giocato d'azzardo recentemente	2.7 (2.2;3.4)
		Profilo problematico per il gioco d'azzardo	27.9 (19.7;39.5)
		Aver usato droghe sconosciute	55 (43.5;69.5)
		Fumare sigarette quotidianamente	5.7 (4.7;7.1)
Famiglia			
Situazione economica familiare medio-alta	0.5 (0.4;0.6)	Vivere in una famiglia non tradizionale	6.8 (5.4;8.5)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0.1 (0.1;0.2)	Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	6.7 (4.9;9.2)
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0.4 (0.3;0.6)	Avere fratelli che consumano droghe	14.3 (11.3;18.3)
Soddisfatti del rapporto coi propri fratelli/sorelle	0.5 (0.4;0.6)		
Scuola			
Avere un rendimento scolastico medio/alto	0.3 (0.2;0.4)	Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	3.8 (3.1;4.7)
Amici e tempo libero			
Partecipare spesso ad attività sportive	0.7 (0.6;0.9)	Avere amici che consumano droghe	3.3 (2.4;4.6)
		Uscire spesso la sera	1.6 (1.3;2.0)

Confronto tra metodologia di somministrazione cartacea (P&P) e online (Web) sull'autocompilazione del questionario ESPAD®Italia 2014 tra gli studenti italiani: partecipazione, qualità dei dati e stime di prevalenza

Nel corso degli ultimi quindici anni, si è assistito ad un crescente uso di Internet per la raccolta dei dati nella ricerca in campo sanitario. I vantaggi derivanti dall'utilizzo della rilevazione online, rispetto a quella cartacea (P&P) stanno contribuendo ad una maggiore considerazione dell'utilizzo della metodologia Web nella gestione degli studi trasversali che prevedono la compilazione di questionari auto-somministrati, come nel caso delle indagini condotte tra gli adolescenti nelle scuole (Denniston et al., 2010).

I vantaggi di condurre un'indagine utilizzando la metodologia Web includono: una riduzione dei costi per la raccolta dei dati, un ridotto numero di errori grazie all'immissione automatica delle risposte e l'accessibilità dei dati in breve tempo. D'altra parte, la compilazione di un questionario web dipende dall'integrità della connessione internet delle scuole partecipanti e da una crescente difficoltà nella raccolta dei dati associata alla programmazione e organizzazione della rilevazione: è difatti necessario prenotare i laboratori di informatica per tempo così come riuscire a garantire la partecipazione solo agli studenti selezionati e soprattutto la compilazione di un solo questionario per studente, garantendone comunque l'anonimato (Eaton et al., 2010).

È noto in letteratura che i metodi di raccolta dei dati possono influenzare le risposte su domande sensibili (ad esempio sull'uso di droghe), così come la validità di un dato self-reported può essere influenzato dalla percezione della privacy o riservatezza da parte degli studenti intervistati. Alcuni studi che mettono a confronto la qualità dei dati ottenuti con P&P, rispetto a somministrazioni Web, tra gli adolescenti rilevano questionari più incompleti tra quelli compilati via web, mentre altri studi evidenziano che i dati derivanti da indagini P&P riportano più valori mancanti (Bates et al., 2008; Raat et al., 2007). Inoltre, i risultati di alcuni studi basati sul confronto tra indagini Web e P&P sui comportamenti a rischio non hanno trovato differenze significative rispetto alle prevalenze di tali comportamenti (Bates et al., 2008).

Lo scopo del nostro studio è quello di indagare la comparabilità di una vasta gamma di dati relativi ai comportamenti sensibili e non sensibili ottenuti via web contro il tradizionale metodo P&P in un campione rappresentativo nazionale di studenti. Un campione rappresentativo di 31 scuole secondarie italiane è stato estratto casualmente dal campione dello studio ESPAD@Italia 2014. Due interi corsi (dalla prima alla quinta classe) sono stati selezionati e assegnati ad una delle due condizioni (P&P o Web).

Le scuole che hanno rifiutato di partecipare sono state sostituite con altre estratte in modo casuale aventi le stesse caratteristiche (geografiche e tipo di scuola). 53 scuole si sono rifiutate di partecipare per vari motivi (17 a causa della mancanza di strutture informatiche adeguate).

Gli studenti di 15-19 anni che hanno partecipato sono stati 2.191 per lo studio P&P e 1.937 per l'indagine Web. Domande sensibili, come l'uso di droghe, e non sensibili, come il consumo di frutta e verdura, sono state prese in considerazione nell'analisi. Sia le incongruenze che le risposte mancanti sono state confrontate tra P&P e Web.

I risultati sulla qualità dei dati hanno rilevato un maggior numero di questionari incompleti per la somministrazione via web, mentre nessuna differenza significativa è stata rilevata per le incongruenze totali. Un effetto della modalità di compilazione è stato osservato per diverse domande riguardanti l'uso di sostanze a diffusione più bassa: la modalità P&P ha prodotto stime di prevalenza più elevate. Non sono state riscontrate invece differenze per le domande non sensibili. Nel complesso, nel confronto con la prevalenza del campione nazionale, il sottocampione partecipante a tale studio ha prodotto stime di prevalenza più basse.

Un effetto della modalità è stato osservato tra gli studenti italiani, così come una auto-selezione delle scuole in grado di partecipare alla somministrazione web. Prima di apportare modifiche nella modalità di gestione di un sistema di sorveglianza nazionale in corso, è fondamentale prendere in considerazione gli effetti potenziali che tali cambiamenti potrebbero avere sulla partecipazione delle scuole, e degli intervistati, la qualità dei dati e le stime di prevalenza generate dalle ricerche in quanto i cambiamenti nella modalità di raccolta dei dati potrebbero compromettere soprattutto la capacità di valutare le tendenze nel tempo.

Indagine ESPAD@Italia2014: campione, rispondenti e non rispondenti

L'indagine ESPAD@Italia nell'edizione 2014 è stata condotta a partire dal campione di studenti di età compresa tra i 15 ed i 19 anni e dal numero di scuole dislocate su tutto il territorio nazionale. Di

seguito è riportata la distribuzione per area geografica del campione teorico, effettivo ed analizzato delle scuole e degli studenti.

Tabella 14: Distribuzione per area geografica del campione teorico, effettivo ed analizzato delle scuole e degli studenti.

	TOTALE	CAMPIONE TEORICO	CAMPIONE EFFETTIVO	CAMPIONE ANALIZZATO	PERCENTUALE DI RISPOSTA
Scuole	7105	474	405	405	85,44
NORD	2675	192	168	168	87,50
CENTRO	1317	95	80	80	84,21
SUD-ISOLE	3113	187	157	157	83,96
Popolazione	2652448*	41000**	32542	30091	
NORD	1069892	17000	14571	13586	
CENTRO	504468	8000	6257	5731	
SUD-ISOLE	1078088	16000	11714	10774	

* dati aggiornati: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SCUOLESECONDO2

**stimato considerando il numero medio di studenti per scuola

Le scuole che hanno somministrato i questionari sono state complessivamente 405, pari ad una rispondenza di circa l'85%, che varia tra l'84% delle scuole dislocate al Sud e nelle Isole maggiori, all'88% delle scuole del Nord-Italia. Meno dello 0,5% degli studenti presenti in classe durante la somministrazione, si è rifiutato di partecipare all'indagine.

I questionari compilati ricevuti sono stati 32,452. Dopo le procedure di pulizia dei dati, precedentemente descritte, il campione analizzato risulta composto da 30,091 questionari.

Di seguito vengono riportati i dati del campione teorico e del campione analizzato di studenti iscritti per tipologia di scuola e macro-area.

Tabella 15: Distribuzione del campione teorico di studenti iscritti per tipologia di scuola e macro-area.

	LICEI	ARTISTICI	TECNICO/	
			PROFESSIONALI	TOTALE
NORD	417749	44136	608007	1069892
CENTRO	228869	21380	254219	504468
SUD-ISOLE	475104	35915	567069	1078088

Tabella 16: Distribuzione del campione analizzato di studenti iscritti per tipologia di scuola e macro-area.

	LICEI	ARTISTICI	TECNICO/ PROFESSIONALI	TOTALE
NORD	5401	820	7365	13586
CENTRO	2532	238	2961	5731
SUD-ISOLE	4727	562	5485	10774

In tabella è riportata la distribuzione per genere e fasce di età rilevate dai questionari ricevuti⁴¹.

Tabella 17: Distribuzione per genere e fasce di età rilevate dai questionari ricevuti.

	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni
Maschi	2,743	3,092	2,980	2,812	3,558
Femmine	2,823	2,968	2,761	2,729	3,383

Le stime vengono poi corrette attraverso l'utilizzo di metodi di calibrazione delle stime stesse. Si tratta di procedure che mettono in relazione caratteristiche note a livello di popolazione con quanto rilevato dall'indagine sulle stesse caratteristiche, in maniera tale da definire una struttura di pesi adeguata per le stime^{42,43,44}.

2.3 Uso illegale di farmaci psicotropi, in particolare tra i giovani

Cenni sull'Inquadramento internazionale del fenomeno

E' opportuno inquadrare l'analisi del commercio online e del consumo senza ricetta di farmaci psicotropi in un più ampio ambito internazionale, anche perché storicamente gli andamenti del mercato americano hanno spesso preceduto tendenze europee e italiane; la globalizzazione accelera il processo. In Italia, peraltro, abbiamo a disposizione dati che mettono in luce la stessa tendenza di consumo, anche se non particolarmente legata per quanto riguarda i farmaci, al commercio online.

⁴¹ In 242 questionari non era presente l'informazione sul genere e/o l'età

⁴² Deville J.C., C.E. Särndal. 1992. Calibration Estimators in Survey Sampling. *Journal of the American Statistical Association*, 87:367-382.

⁴³ Kott, Phillip S. 2006. "Using Calibration Weighting to Adjust for Nonresponse and Coverage Errors." *Survey Methodology* 32(2):133-142.

⁴⁴ <http://www.istat.it/it/strumenti/metodi-e-strumenti-it/metodi-di-elaborazione/biblio-estimation>

Già nel 2008 il “**National Drug Threat Assessment 2008**”, a cura del **National Drug Intelligence Center (United States Department of Justice)** riportava le affermazioni seguenti, con supporto di consistenti dati statistici:

“E' molto probabile che l'applicazione della legge dovrà confrontarsi con un crescente numero di “farmacie” localizzate all'estero ma operanti via Internet, man mano che i cittadini americani acquisiranno pratica nell'acquisto di droghe da queste fonti”.

“ Il numero di tali “farmacie” Internet è in aumento”.

“Gruppi criminali e utilizzatori eccessivi talvolta rubano farmaci droganti dai veicoli che li trasportano dai luoghi di fabbricazione a quelli di distribuzione, all'ingrosso o al dettaglio”.

Nello stesso rapporto veniva anche significativamente fatto notare che i più rigorosi controlli sulle ricette e i comportamenti di medici e farmacisti aveva provocato il passaggio degli utilizzatori ad altre modalità di acquisto (internet e non).

Analogamente, i punti essenziali sul fenomeno si possono leggere nel World Drug Report di UNODC del 2012.

Beyond the traditional “highs”:

... the non-medical use of prescription pharmaceuticals

Global figures for the non-medical use of prescription drugs other than opioids and amphetamines are not available. Nevertheless, this is reportedly a growing health problem, with prevalence rates higher than for numerous controlled substances in many countries. In the United States, for example, lifetime, annual and monthly prevalence of non-medical use of psychotherapeutics (mostly pain relievers) among persons aged 12 and over was reported as 20.4, 6.3 and 2.7 per cent, respectively, for 2010⁴⁵, higher rates than for any drug other than cannabis. And while illicit drug use among males in general greatly exceeds that among females, the non-medical use of tranquilizers and sedatives among females, in those countries where data are available (in South America, Central America and Europe), is a notable exception to the rule (and exceeds the use of cannabis)⁴⁶. There is also evidence that these substances are increasingly being used in combination with more traditional illicit substances, in polydrug use designed to either enhance or counterbalance their effects.

Traduzione: Uso non medico di farmaci psicotropi prescrivibili: si va oltre i “picchi” sulle sostanze tradizionali.

A livello mondiale, non si dispone di cifre complessive sull'uso non medico di farmaci prescrivibili ma droganti, a parte le amfetamine e gli oppioidi. Tuttavia, questo è segnalato in molti paesi come un problema sanitario in aumento, con tassi di prevalenza ormai superiori rispetto a numerose altre

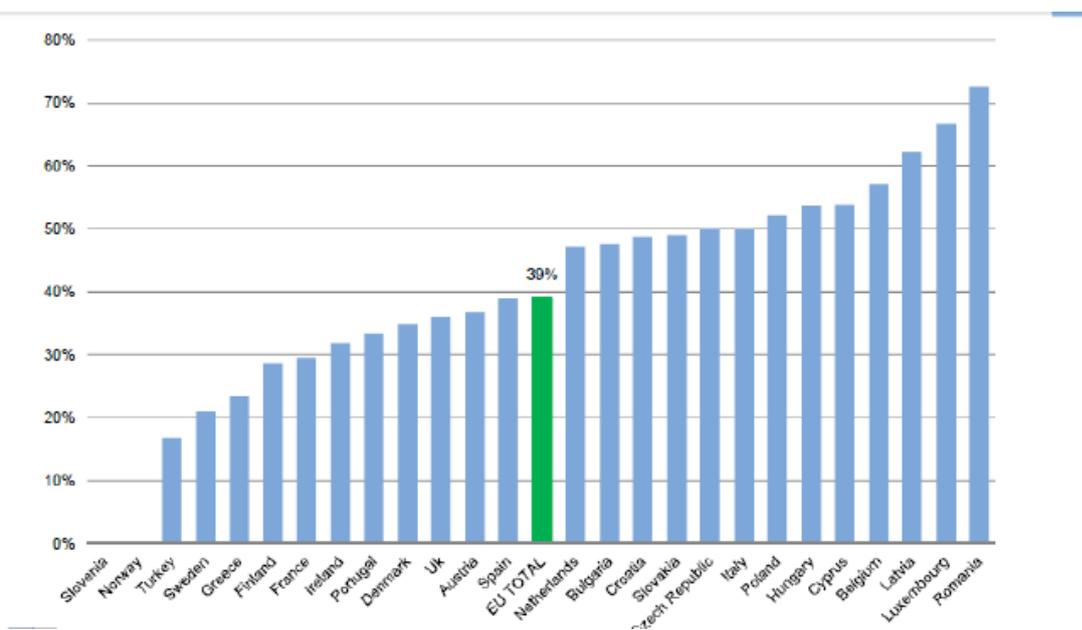
45 United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. SMA 11-4658 (Rockville, Maryland, 2011).

46 In fact, monthly prevalence of tranquilizer use among females in South America (1.3%) and Europe (4.2%) is greater than annual prevalence of the use of cannabis among females in South America (1%) and Europe (3.5%).

sostanze regolamentate. Negli Stati Uniti, per esempio, la prevalenza di uso non medico degli psicofarmaci (per lo più, antidolorifici), fra le persone al di sopra dei 12 anni nel 2010 è riportata 20,4 (intero arco della vita), 6,3 (ultimo anno) e 2,7 (ultimo mese); questi tassi sono superiori a quelli di tutte le altre droghe, tranne la cannabis. Inoltre, mentre in generale l'uso di droghe illegali è molto superiore nei maschi rispetto alle femmine, si verifica l'opposto nel caso dell'uso non medico di tranquillanti e sedativi, almeno nei paesi che dispongono di dati (Europa, Centro America, Sud America); nelle femmine, tale uso supera addirittura quello della cannabis. Risulta anche che sempre più queste sostanze vengono usate in combinazione con altre sostanze illecite più tradizionali, in un "poli-uso" effettuato onde potenziare o controbilanciare l'effetto di queste ultime.

Recentemente (2015) si è svolto un convegno presso l'EMCDDA, dove è stato presentato l'uso di benzodiazepine (senza prescrizione) crescente tra quanti si rivolgono ai servizi di assistenza. Il grafico che illustra il problema anche per l'Italia (uso 10% più alto della media europea) è molto chiaro (http://www.drugsandalcohol.ie/24052/1/Misuse%20of%20benzos_POD2015.pdf).

Figura 64: Uso di benzodiazepine (senza prescrizione) in Europa.



In Italia i dati forniti dal Ministero della Salute sugli assistiti presso i SerT nel 2014 mostrano che 63 soggetti hanno come sostanza primaria i barbiturici non prescritti, 166 benzodiazepine non prescritte e 30 altri ipnotici e sedativi non prescritti, in totale lo 0,13% degli assistiti. Come seconda sostanza 530 soggetti hanno i barbiturici non prescritti, 1527 benzodiazepine non prescritte e 191 altri ipnotici e sedativi non prescritti, in totale lo 1,13% degli assistiti.

E' molto importante allora monitorare il fenomeno sin dal primo uso di psicofarmaci senza prescrizione per pianificare interventi di prevenzione adeguati per prevenire la diffusione e le conseguenze sulla salute.

Analisi dell'uso tra gli studenti della scuola superiore in Italia (ESPAD 2014 e SPS 2010)

Per l'Italia, si dispone dei risultati di due indagini condotte tra gli studenti della scuola superiore che, con due diversi questionari, hanno indagato gli aspetti dell'uso di farmaci psicotropi senza prescrizione medica. Gli aspetti indagati in modo analogo da entrambi i progetti mostrano andamenti coerenti, fornendo informazioni importanti che suggeriscono come impostare possibili interventi di prevenzione e nuove indagini.

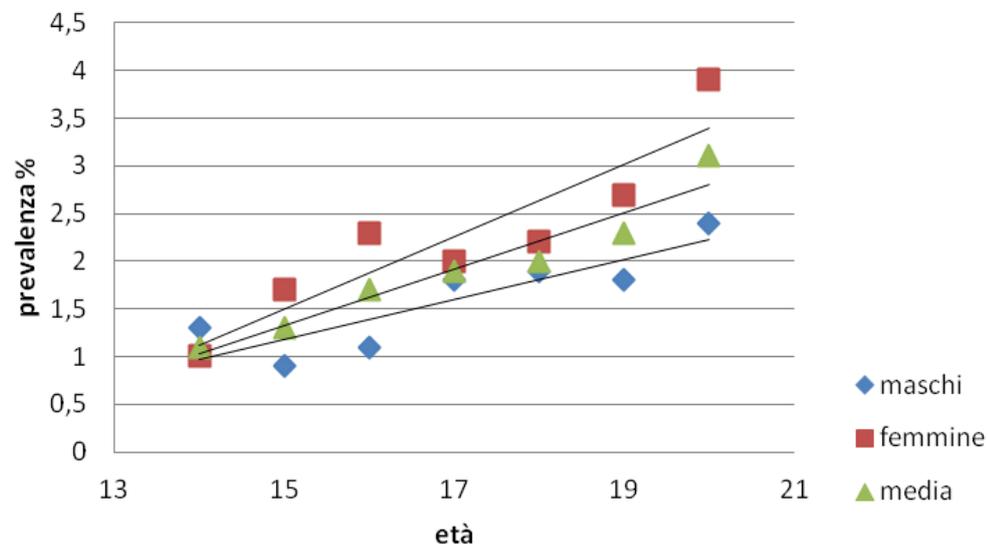
SPS (Students' Population Survey) 2010⁴⁷

L'indagine comprendeva, tra le sostanze indagate rispetto al consumo dei giovani, solo quelle complessivamente chiamate "tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica", rispetto alle quali si indagava la prevalenza nell'arco della vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni.

Il consumo di tranquillanti o sedativi almeno una volta nella vita è stato sperimentato dal 5% della popolazione scolastica in età 15-19 anni, con prevalenza maggiore tra le femmine (5,9%) rispetto ai maschi (4,1%). Per quanto riguarda gli ultimi 12 mesi, il 2,6% dei rispondenti riferisce di aver assunto la sostanza (1,9% maschi e 3,3% femmine); tale percentuale è l'1,4% (1% maschi e 1,7% femmine) se si prendono in considerazione gli ultimi 30 giorni.

Per tutti i rispondenti, in particolare di genere femminile, si osserva un andamento crescente del consumo della sostanza all'aumentare dell'età, come rappresentato in Figura 65.

Figura 65: Andamento della prevalenza negli ultimi 30 giorni al variare dell'età.



⁴⁷ Si sono utilizzati i dati del 2010 perché nella Relazione al Parlamento 2010 è riportato per esteso il disegno della rilevazione, il piano di campionamento, la percentuale di adesione delle scuole campionate (80%) e degli studenti (75%). Questa informazione non è presente nelle Relazioni successive.

Come si vede, la linea che mostra la tendenza per le femmine è molto più inclinata di quella dei maschi: la prevalenza degli ultimi 30 giorni cresce più velocemente, rispetto all'età, per le femmine che per i maschi.

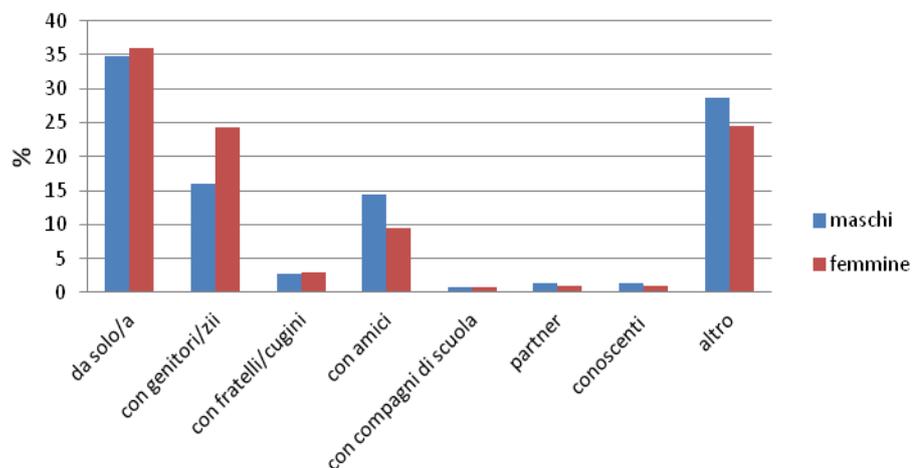
Altri aspetti importanti indagati sono l'età a cui si è fatto uso per la prima volta, dove, con chi.

Gli studenti dichiarano di aver cominciato ad usare tranquillanti o sedativi per lo più non prima dei 16 anni, sia fra i maschi (28,7%) sia fra le femmine (34,3%). Una percentuale rilevante di soggetti afferma di aver iniziato ad assumere tranquillanti o sedativi prima degli 11 anni, con maggiore frequenza tra i maschi (20,4%) rispetto alle femmine (10,2%).

Il principale luogo di iniziazione all'uso di tranquillanti o sedativi è, sia per i maschi sia per le femmine, la propria abitazione (per i maschi il 67,7%, per le femmine l'80,3%). Seguono: la casa di amici, sia per i maschi (6,7%) sia per le femmine (5%); poi "strada / parco", "discoteca", "festa privata" e "parrocchia", con percentuali tra il 1% e il 3%.

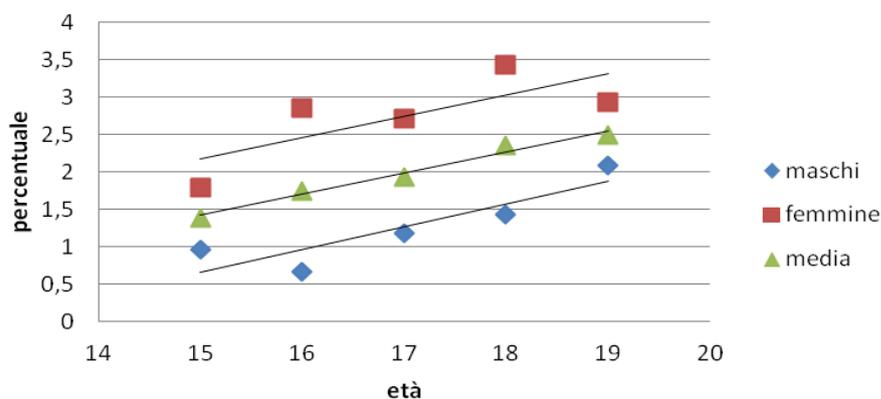
Con riferimento al gruppo di persone con cui sono stati assunti per la prima volta tranquillanti o sedativi, si evidenzia che la maggior parte dei consumatori afferma di aver assunto la sostanza in solitudine (34,7% maschi e 35,9% femmine); seguono "altre persone (non specificate)" (28,7% maschi e 24,6% femmine), "familiari adulti" (16% maschi e 24,3% femmine), "in compagnia degli amici" (14,5% maschi e 9,5% femmine).

Figura 66: Persone con cui si è fatto uso per la prima volta di tranquillanti o sedativi.



Se si considera l'analoga, ma con diverso questionario, rilevazione SPS del 2014, si ottiene un simile andamento per esempio nella prevalenza relativa agli ultimi dodici mesi (Figura 67).

Figura 67: Andamento della prevalenza negli ultimi 12 mesi al variare dell'età.



ESPAD 2014 (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

L'indagine ESPAD 2014 ha indagato sull'uso di farmaci psicoattivi senza ricetta estendendone notevolmente le tipologie e con un questionario diverso, che indaga più dettagliatamente sull'uso programmato per le sostanze assunte e sulle modalità con cui ci si procura il farmaco, ma non sull'età e sulle modalità di inizio dell'uso. Utilizzando contemporaneamente le due indagini si riesce a conoscere meglio il fenomeno e a controllare la sua espansione.

Nella Tabella 18 sono riportati per i consumi rilevati di tutti gli psicofarmaci, i tassi di prevalenza "nella vita", "negli ultimi 12 mesi" e "negli ultimi 30 giorni".

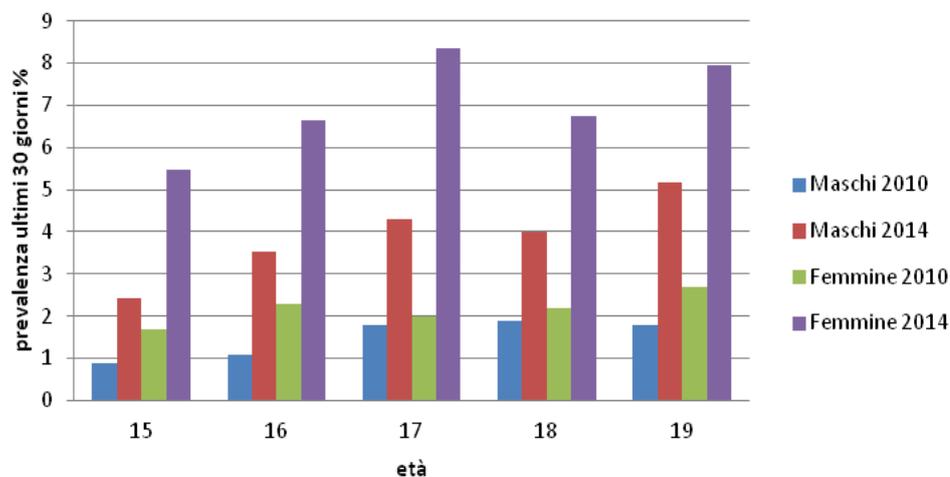
Se si confronta con SPS 2010, si osserva una crescita rilevante. Confrontando, in particolare, la crescita della prevalenza "negli ultimi 30 giorni" (Figura 68), si osserva il suo aumento, a tutte le età, nel 2014 (ESPAD) rispetto al 2010 (SPS).

Già, da una osservazione preliminare, appare lo stesso andamento rispetto all'età per le due indagini, ma un livello assai più alto, più che raddoppiato nel 2014 (ESPAD).

Però, per interpretare bene il fenomeno, occorre verificare quali farmaci si rilevavano nell'indagine ESPAD del 2014, ricordando che in SPS 2010 erano solo "tranquillanti e sedativi".

Tabella 18: Prevalenze di consumo di tutte le tipologie di farmaci. Anno 2014

ITALIA												
PSICOFARMACI (attenzione/diete/ dormire/umore)	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
psicofarmaci vita	11,7	22,2	8,9	17,0	10,8	20,5	11,9	24,8	12,9	22,7	13,7	25,5
psicofarmaci 12mm	6,3	12,0	4,0	8,6	5,6	11,0	7,1	13,8	6,7	12,2	7,6	14,2
psicofarmaci 30gg	4,0	7,1	2,4	5,5	3,5	6,6	4,3	8,4	4,0	6,7	5,2	7,9

Figura 68: Andamento della prevalenza degli ultimi 30 giorni per le due indagini SPS 2010 e ESPAD 2014.

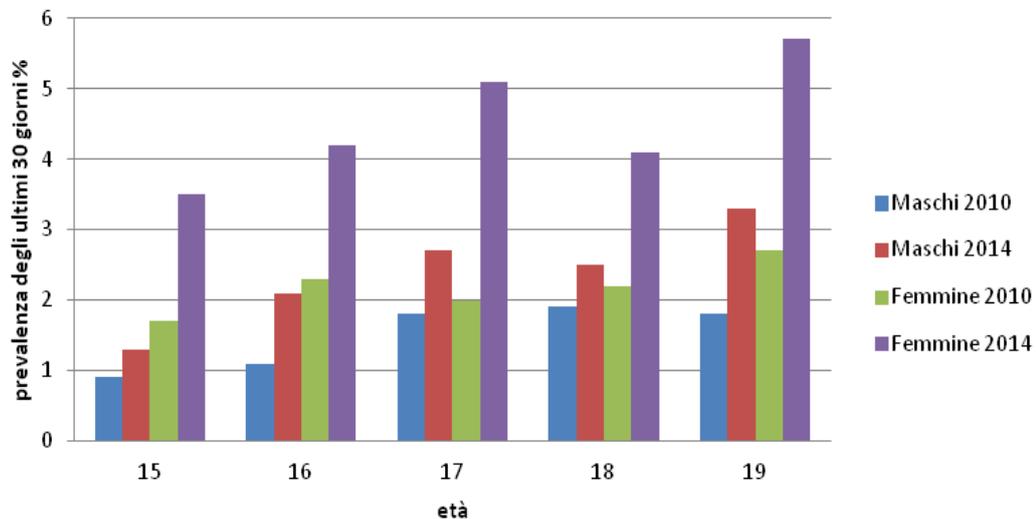
Nella Tabella 19 sono riportati i risultati in base alla stratificazione per tipo di farmaco e motivo dell'utilizzazione secondo il consumatore.

Tabella 19: Prevalenze di consumo fra i giovani di 15-19 anni - per tipologia di farmaci.

ITALIA	PREVALENZA NEGLI ULTIMI TRENTA GIORNI (%)											
	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
farmaci attenzione	1,9	1,9	1,2	1,6	1,9	1,9	2,0	2,0	1,9	1,6	2,1	2,4
farmaci diete	1,0	2,1	0,6	1,7	0,8	2,2	1,1	2,3	1,1	2,1	1,1	2,0
farmaci dormire	2,4	4,6	1,3	3,5	2,1	4,2	2,7	5,1	2,5	4,1	3,3	5,7
farmaci umore	1,4	1,8	0,9	1,7	1,3	1,8	1,4	1,9	1,3	1,6	1,9	2,0

I tranquillanti e sedativi rilevati nell'indagine SPS del 2010 si possono equiparare con i "farmaci per dormire" dell'indagine ESPAD del 2014 (Figura 69).

Figura 69: Andamento della prevalenza degli ultimi 30 giorni per le due indagini SPS 2010 (tranquillanti e sedativi) e ESPAD 2014 (farmaci per dormire).



Come si vede l'andamento rispetto all'età è assolutamente analogo, solo che nel 2014 il consumo è pressoché raddoppiato per le femmine, e aumentato di circa un terzo per i maschi.

La Figura 70 (a,b,c,d) riporta l'andamento per età e genere della prevalenza negli ultimi 30 giorni per i diversi tipi di farmaci "indagati" nel 2014. Come si vede, le femmine consumano sempre molto più dei maschi. L'unica situazione abbastanza simile, rispetto al genere, si ha per i farmaci "attenzione".

Nella Tabella 20 si riportano le prevalenze nella vita e negli ultimi 12 mesi, per tipologia di farmaci.

La Tabella 21 dall'indagine ESPAD permette di analizzare come si è evoluto il consumo tra il 2007 e il 2014. Come si vede, si osserva un aumento soprattutto nelle prevalenze di consumo negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, sintomo evidente di sempre maggior rilevanza negli anni recenti. Anche il "consumo frequente" è aumentato del 50% nel periodo considerato.

L'altro aspetto rilevante dell'indagine ESPAD-2014 riguarda i luoghi dove i consumatori più frequenti possono procurarsi gli psicofarmaci e, come mostra la Tabella 22. Il luogo più frequente è la propria casa, che già risultava da SPS-2010 come luogo di primo uso. Se si tiene conto che il primo consumo (SPS) era avvenuto per lo più in solitudine o con parenti (genitori, zii, fratelli e cugini), le due indagini forniscono risultati coerenti. Bisogna però tener presente che il secondo modo di procurarsi psicofarmaci è "tramite uno spacciatore" e che è anche agevole trovarli via Internet. Questo porta a riprendere le considerazioni relative agli Stati Uniti, da cui abbiamo cominciato l'analisi.

Sarebbe utile, nella prossima indagine sugli studenti, inserire **tutte** le domande delle due indagini precedenti per una conoscenza più accurata e utile per programmare interventi di prevenzione.

E' importante pianificare in modo più completo l'indagine nelle scuole completandola, per la parte farmaci, con altri dati socio-economici relativi ad ogni studente di tipo "amministrativo" (cioè già disponibili presso le scuole), da valutare.

Figura 70: Uso di farmaci nella popolazione scolarizzata. Distribuzione per genere e classi d'età.

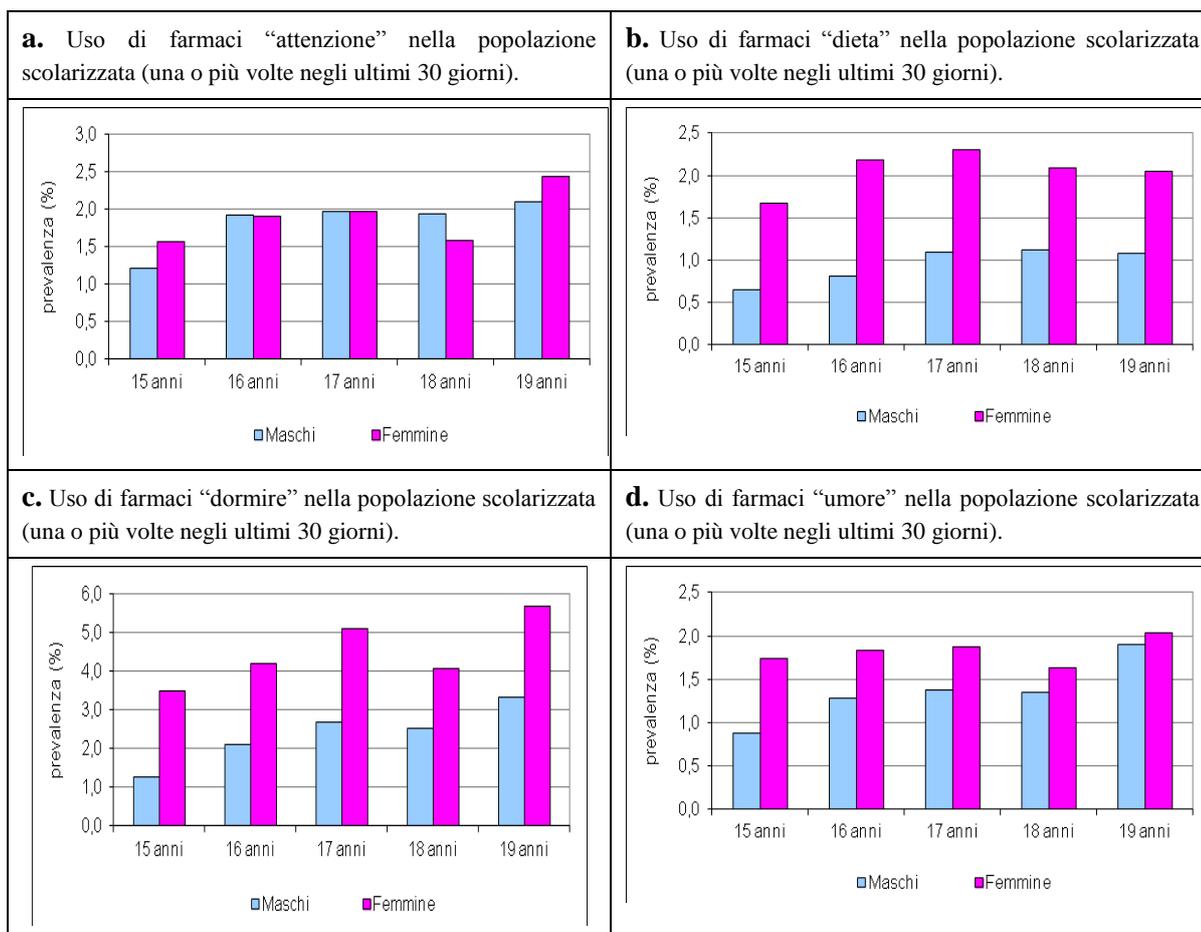


Tabella 20: Consumo per tipologia di farmaco. Anno 2014

ITALIA	PREVALENZA NELLA VITA (%)											
	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
farmaci attenzione	4,3	6,0	3,4	4,5	4,1	5,8	4,4	6,5	4,6	5,4	5,0	7,4
farmaci diete	2,0	7,2	1,2	5,5	1,8	6,6	2,0	8,3	2,5	7,0	2,3	8,4
farmaci dormire	8,2	16,2	6,1	11,9	7,5	15,4	8,7	17,2	8,9	17,6	9,4	18,6
farmaci umore	2,6	5,4	1,7	4,1	2,3	5,3	2,7	6,2	2,9	5,1	3,3	6,3
ITALIA	PREVALENZA NEGLI ULTIMI DODICI MESI (%)											

SOSTANZE	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
farmaci attenzione	2,6	3,2	1,7	2,4	2,8	3,2	2,8	3,8	2,6	2,9	3,0	3,8
farmaci diete	1,2	3,7	0,8	2,6	1,0	3,7	1,4	4,3	1,5	3,9	1,2	3,9
farmaci dormire	4,2	8,2	2,4	5,9	3,4	7,2	5,0	8,9	4,6	8,5	5,1	10,4
farmaci umore	1,8	3,0	1,1	2,5	1,7	3,2	2,0	3,6	1,6	2,7	2,4	3,1

Tabella 21: Andamento temporale della prevalenza di consumatori di psicofarmaci (indipendentemente dalla tipologia) almeno una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni.

Psicofarmaci totale (4 tipologie)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Consumo nella vita</i>	16,0	16,5	17,4	17,1	16,4	15,4	16,9	16,9
<i>Consumo nell'ultimo anno</i>	7,8	8,4	9,0	8,8	8,8	8,2	8,7	9,1
<i>Consumo negli ultimi 30 giorni</i>	4,3	4,8	5,0	5,1	5,3	4,8	5,1	5,5
<i>Consumo frequente (10 o più volte al mese)</i>	1,2	1,4	1,6	1,7	1,8	1,7	1,8	1,8

Tabella 22: Consumatori frequenti e luoghi dove è possibile reperire facilmente psicofarmaci. Anno 2014

LUOGHI	Consumatori frequenti*
in strada psicofarmaci	13,7
scuola psicofarmaci	10,9
casa amici psicofarmaci	12,1
discoteca psicofarmaci	12,9
spacciatore psicofarmaci	14,6
internet psicofarmaci	12,7
manifestazioni psicofarmaci	9,2
a casa mia psicofarmaci	25,5
* = consumo 10 o più volte nell'ultimo mese	

Conclusioni e suggerimenti

Come riportato nei documenti internazionali, e come risulta dai dati rilevati tra gli studenti della scuola superiore, sembra in aumento, in particolare nella popolazione femminile, l'utilizzo di farmaci, in particolare tranquillanti e sedativi, senza ricetta medica. E' opportuno approfondire le indagini e programmare adeguatamente interventi preventivi per i giovani. Il problema è stato preso in esame anche dal Gruppo Pompidou che ha studiato l'andamento del fenomeno nei paesi europei

e mediterranei, in particolare nella popolazione femminile. Il rapporto “*The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region*” andrebbe studiato in dettaglio, anche prima di effettuare nuove indagini nazionali.

2.4 Stima dell’indicatore High Risk Drug Use (HRDU) per cannabis, cocaina e oppiacei: aspetti critici e possibili soluzioni

2.4.1 L’indicatore PDU, ora HRDU

Con il termine PDU (uso problematico di droghe), ora denominato HRDU (utilizzo ad alto rischio di droghe), si intende la “prevalenza” dei consumatori “gravi” per problemi di salute o per comportamento rischioso; è un indice statistico che stima quella parte dei consumatori che, in relazione all’uso di sostanze stupefacenti, necessiterebbe di un intervento assistenziale socio-sanitario. La difficoltà fondamentale nel calcolo dell’indicatore risiede nella stima delle varie popolazioni di utilizzatori di droghe che sono popolazioni “nascoste”. Si rende, quindi, necessario l’utilizzo di modelli statistico - probabilistici in grado di stimare una popolazione nascosta sulla base delle informazioni indirette, ma correlate al fenomeno. L’utilizzo “ad alto rischio” è definito come “l’uso intenso di sostanze psicoattive che causa danni” alla persona stessa (cioè conseguenze negative, inclusa la dipendenza, ma anche problemi psicologici/o sociali). Lo studio della popolazione HRDU, oltre a stimarne la prevalenza, tende a mettere in luce aspetti rilevanti, utilizzando e integrando diverse informazioni sulla base di diversi data base.

Al fine di produrre stime dell’HRDU per le sostanze stupefacenti cannabis e cocaina, i flussi informativi utilizzati come base provengono dagli archivi del Ministero dell’Interno; invece, l’HRDU per il consumo di oppiacei si basa sui dati SIND. Per ora non è possibile produrre stime in relazione all’uso di altre sostanze come, per esempio, l’alcol o il tabacco, almeno in Italia.

Dati amministrativi: analisi esplorativa delle segnalazioni per art.75

Il Centro Studi Ricerca e Documentazione, Dipartimento per le Politiche del Personale dell’Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie del Ministero dell’Interno cura, tramite gli Uffici Territoriali del Governo, le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell’art. 75 del D.P.R.309/90.

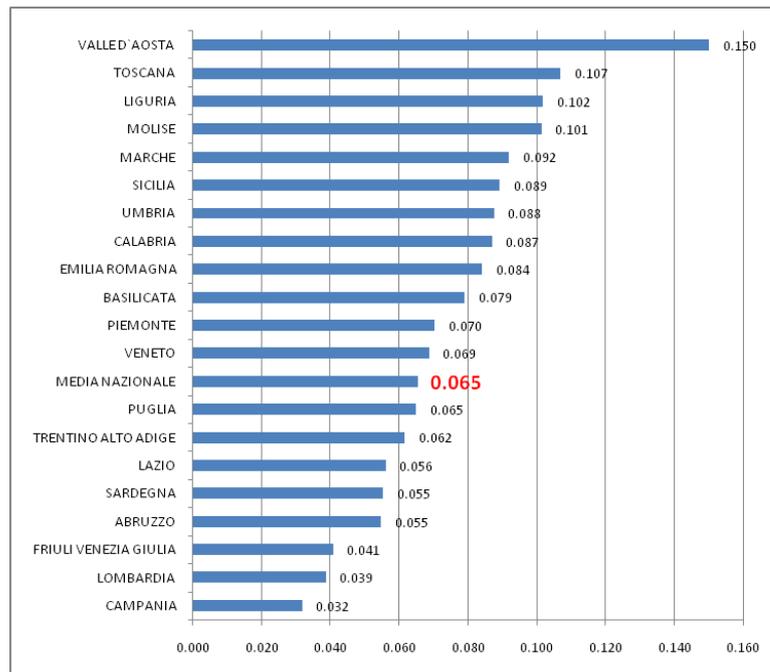
Da questi dati “amministrativi”, per mezzo di metodologie statistiche utilizzate da diversi paesi europei e con le linee guida dell’Osservatorio europeo (EMCDDA)⁴⁸, è possibile stimare le popolazioni di consumatori di stupefacenti da cui provengono i soggetti segnalati.

48 <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html>; <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html>

I dati di base vengono di seguito presentati secondo tabelle e grafici aggregati per mettere in luce alcuni aspetti territoriali e altre variabili classificative di interesse, prima di procedere alla stima dell'HRDU.

Dai dati aggregati per regione, si calcola anzitutto un indicatore d'impatto, ovvero la percentuale regionale del numero di segnalati su popolazione residente.

Figura 71: Percentuale del numero di segnalazioni rispetto alla popolazione residente.



La media nazionale è pari a 0,065. Come si vede, è alta la variabilità a livello regionale. Fra le regioni con impatto molto più elevato della media nazionale si trovano Valle d'Aosta, Toscana, Liguria, Molise, Marche, Sicilia, Umbria, Emilia Romagna e Calabria; impatto molto inferiore alla media nazionale, invece, per Campania, Lombardia e Friuli Venezia Giulia; le altre 9 regioni hanno un valore vicino alla media nazionale.

Per verificare l'esito delle segnalazioni si può calcolare la percentuale regionale di colloqui effettuati dalle Prefetture sulle segnalazioni. La media nazionale è 59,61.

Le regioni che hanno valori molto più elevati della media nazionale sono Basilicata, Abruzzo, Lombardia e Puglia; molto minore, invece, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Umbria, Emilia Romagna, Molise e Lazio. In parte questo effetto può essere spiegato in base all'indicatore di impatto: se l'impatto è alto, si giustifica un secondo valore basso, come è nel caso di Umbria e

Molise; al contrario, percentuali elevate di colloqui corrispondono a regioni di impatto più basso, come la Lombardia.

E' interessante anche studiare la percentuale di sanzioni amministrative irrogate, rispetto al numero di segnalazioni e al numero di colloqui. Dalla figura si può nuovamente analizzare la variabilità regionale come sopra.

Come ultimo aspetto esplorativo si può considerare l'analoga distribuzione del numero di archiviazioni sul numero di segnalazioni e di colloqui a livello regionale. Con i dati forniti si può anche analizzare questi andamenti a livello provinciale se di interesse.

Figura 72: Percentuale del numero di colloqui sul numero di segnalazioni

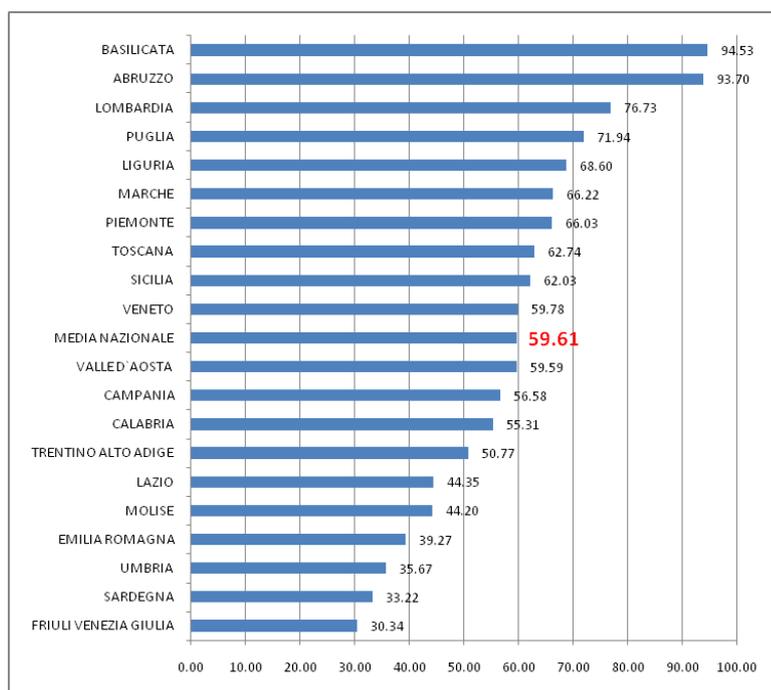


Figura 73: Distribuzione percentuale delle sanzioni amministrative rispetto alle segnalazioni e ai colloqui

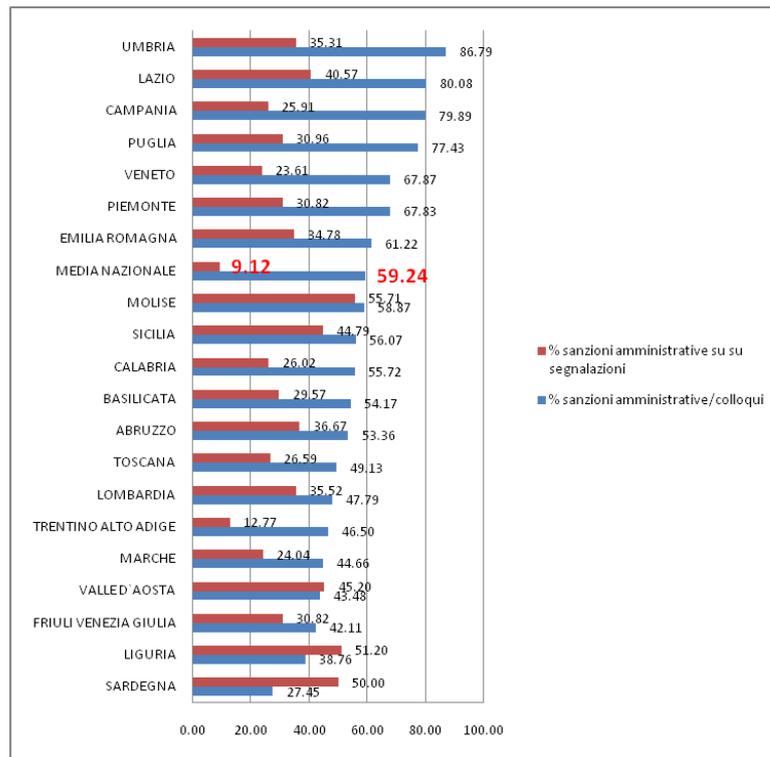
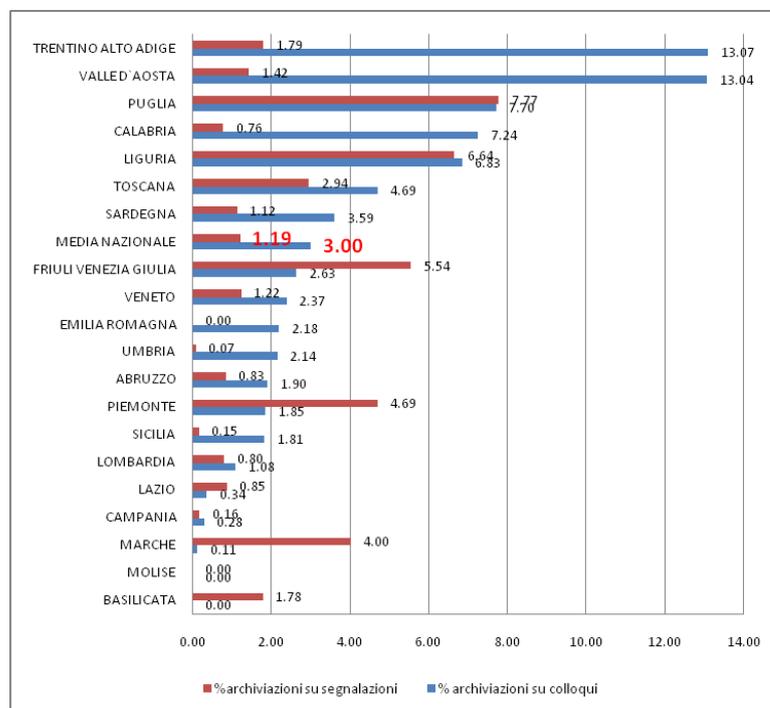


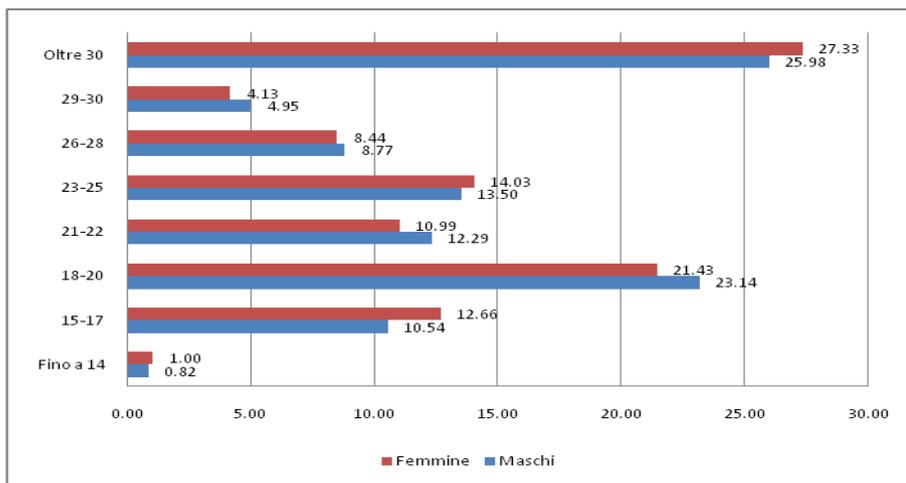
Figura 74: Distribuzione percentuale del numero di archiviazioni sul numero di segnalazioni e di colloqui.



Dati amministrativi: analisi esplorativa dei soggetti segnalati e delle sostanze utilizzate

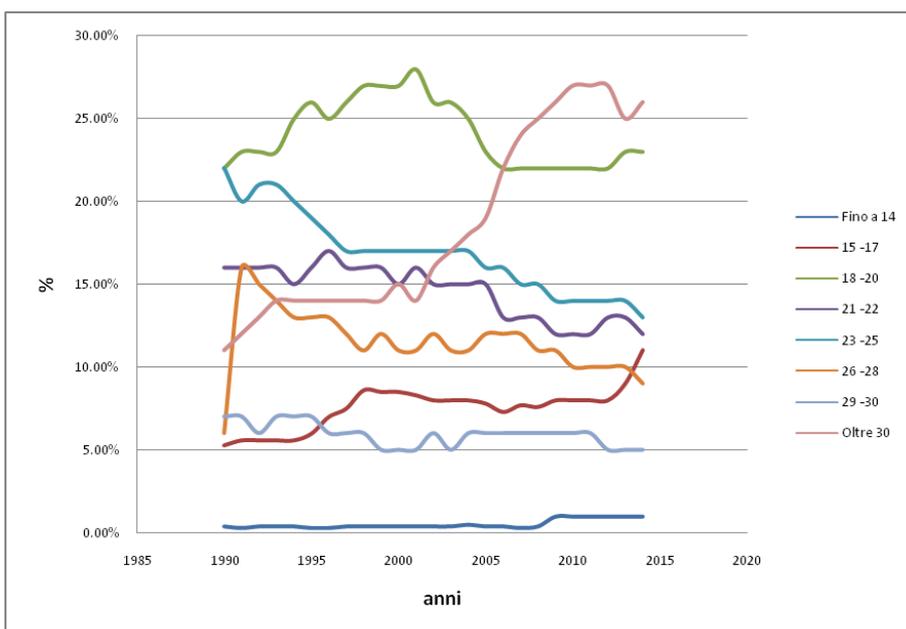
Il primo aspetto da investigare è l'età dei segnalati, fornita in classi. La distribuzione percentuale è riportata in Figura 5. Come si vede le età più rappresentate sono quelle giovanili (fino a 20 anni) con il 34,51% dei maschi e 35,01% delle femmine e quelle mature (più di 30 anni) con il 25,98% dei maschi e 27,33% delle femmine. Naturalmente quest'ultima classe andrebbe suddivisa in classi più piccole fino almeno a 40 anni per poterla confrontare con dati europei.

Figura 75: Distribuzione percentuale della classe di età dei maschi e femmine segnalati.



E' anche interessante osservare l'andamento dal 1990 (anno di entrata in vigore della disposizione di legge 309/90) delle classi di età.

Figura 76: Serie temporale della distribuzione percentuale dell'età dei segnalati



Come si vede, la percentuale dei segnalati con età inferiore a 14 anni è più che raddoppiata dal 2009 e la percentuale di soggetti con età compresa tra 15 e 17 anni è raddoppiata rispetto ai primi anni di vigenza della legge. Fenomeno analogo per i maschi e per le femmine. Questo è un aspetto molto grave, perché l'abbassamento dell'età di primo uso è un fattore di rischio per un uso successivo più problematico e un "poliuso" di sostanze. Anche la percentuale di segnalati di età oltre 30 è molto cresciuta; questo è dovuto principalmente all'invecchiamento di una delle popolazioni di utilizzatori di sostanze, quella dei consumatori di eroina. Lo stesso andamento si riscontra in altri insiemi di dati relativi agli utilizzatori.

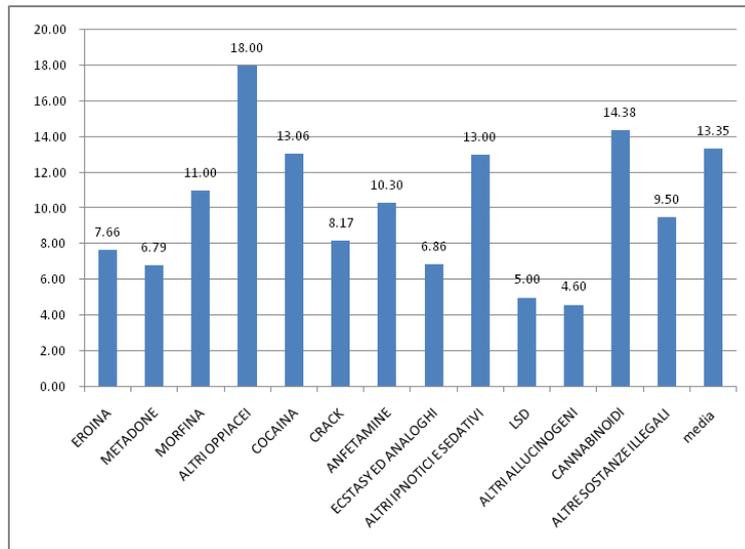
Per quanto riguarda le sostanze utilizzate dai soggetti segnalati, si riporta la tabella fornita (Tabella 1) che mostra un numero di sostanze superiore al numero dei segnalati (poliuso).

Le sostanze più utilizzate sono: al primo posto la cannabis sia per maschi sia per femmine; la seconda è per entrambi la cocaina; la terza l'eroina. E' anche da sottolineare che sarebbe opportuno suddividere la classe "altre sostanze illegali", che ha frequenza maggiore di molte sostanze specificate individualmente come LSD e inalanti volatili, per evidenziare il trend dal confronto con gli anni precedenti.

La quota di maschi e femmine consumatori delle varie sostanze è diversa. La Figura 77 mostra il rapporto numero di maschi su numero di femmine per le sostanze utilizzate da entrambi, che va dal 18 per "altri oppiacei" al 4,60% per "altri allucinogeni".

Tabella 23: Sostanze utilizzate dai soggetti segnalati nel 2014

Sostanza	Maschi	Femmine	Totale
EROINA	1.793	234	2.027
METADONE	163	24	187
MORFINA	22	2	24
ALTRI OPPIACEI	54	3	57
COCAINA	3.695	283	3.978
CRACK	49	6	55
ANFETAMINE	103	10	113
ECSTASY ED ANALOGHI	96	14	110
ALTRI STIMOLANTI	3	0	3
BARBITURICI	1	0	1
BENZODIAZEPINE	1	0	1
ALTRI IPNOTICI E SEDATIVI	13	1	14
LSD	5	1	6
ALTRI ALLUCINOGENI	23	5	28
INALANTI VOLATILI	20	0	20
CANNABINOIDI	24.929	1.734	26.663
ALTRE SOSTANZE ILLEGALI	76	8	84
TOTALE GENERALE	31.046	2.325	33.371

Figura 77: Rapporto Maschi su Femmine per le diverse sostanze tra i segnalati

Dati amministrativi: utilizzazione per stimare le diverse popolazioni di utilizzatori

Uno dei punti cruciali nello studio dell'uso di sostanze stupefacenti illegali è la stima della dimensione del fenomeno e della sua dinamica. Per tale finalità, sarebbe necessaria una adeguata "indagine sulla popolazione generale" (GPS); purtroppo, attualmente non è disponibile in Italia una GPS che fornisca risultanze attendibili, quelle svolte negli anni più recenti soffrono di gravi carenze dovute alla distorsione dei campioni per il basso tasso di risposta. E' dunque indispensabile ricorrere a metodi indiretti. Utilizzando metodologie statistiche e modelli probabilistici abbastanza semplici si può stimare sia l'ampiezza della popolazione coinvolta nel consumo delle sostanze, sia la distribuzione in base al sesso e all'età; le stime per le età più basse possono anche fungere da proxy per valutare l'incidenza di nuovo consumo giovanile.

Sul piano tecnico, sia il metodo della "cattura - ricattura" sia il metodo derivato dal "processo di Poisson troncato" si basano sulla proporzione di catture multiple, ravvicinate e indipendenti, di alcune unità della popolazione. Nel primo caso, però, occorre seguire due (o più) diversi processi di cattura, come, per esempio la cattura da parte del sistema carcerario e quella da parte del sistema ospedaliero. Nel secondo caso invece si modellano le catture multiple in uno stesso sistema (recidività in carcere, segnalazioni multiple alle Prefetture e così via). Proprio sulla base di questo schema si stimerà la popolazione nascosta di utilizzatori di sostanze a partire dai dati sulle segnalazioni, con riferimento ai consumatori di cannabis e di cocaina. Per le altre sostanze occorre invece procedere diversamente, con metodi meno precisi ma più stabili, poiché il basso numero di catture non consente un'efficace applicazione del metodo Poisson.

Va sottolineato che la disomogeneità, rispetto alla probabilità di cattura, nelle popolazioni catturate porta a sottostimare la popolazione nascosta⁴⁹.

In alcuni casi si può ridurre la disomogeneità introducendo nel modello alcune “covariate”, cioè ulteriori variabili classificatorie osservabili (come il sesso, l’età, l’area territoriale). È soprattutto opportuno distinguere in base alla sostanza di uso primaria, ecc.

Cannabis

Si applica il modello di stima di Poisson basato sulle ricatture e usando le covariate sesso, classe d’età, area territoriale; come, per esempio, la Tabella 24 e la

Tabella 25 mostrano. La formula che consente di passare dai dati disponibili alla stima del numero di utilizzatori di cannabis a rischio di segnalazione è lo “stimatore di Zelterman” (Mascioli e Rossi, 2010). Le stime ottenute sono riportate nella Tabella 26.

Sono riportati anche gli “intervalli di confidenza al 95%”; nel caso il limite inferiore sia negativo, si sostituisce con il numero dei segnalati, poiché la popolazione nascosta non può essere inferiore a quella intercettata. Per i segnalati anche negli anni precedenti, in alcuni casi, si sono ampliate le classi d’età, essendo nullo il numero di soggetti segnalati almeno 2 volte, che sono indispensabili per applicare il metodo di stima.

Tabella 24: Frequenze di cattura di maschi consumatori di cannabis nel Sud in base al numero di ricatture e alla classe d’età nel 2013

Area di residenza	Classi di età	1	2	3	>=4	Totale
	minore	313	6	0	0	319
	18-25	2.560	86	5	2	2.653
Sud	26-30	492	8	0	0	500
	31-40	393	9	0	0	402
	>40	161	5	0	0	166
Totale		3.919	114	5	2	4.040

49 Si può spiegare intuitivamente immaginando, per esempio, che ci siano 2 sottopopolazioni, di cui una più ampia con intensità di cattura molto piccola bassa e una più piccola con intensità di cattura maggiore. Nel campione delle ricatture saranno presenti quasi esclusivamente soggetti della seconda sotto popolazione e, pertanto, la stima dell’intensità avrà ordine di grandezza vicino a quello maggiore. Dato che la stima della popolazione nascosta dipende inversamente dalla stima dell’intensità, avendo sovrastimato quest’ultima, si sottostimerà la popolazione. Nel caso limite in cui una sotto popolazione abbia intensità di cattura zero o trascurabile, l’intera sua dimensione verrebbe esclusa sarà assente nella stima di del numero complessivo N. Questo è presumibile che, in certa misura, si verifichi accade per i dati delle segnalazioni.

Tabella 25: Frequenze di cattura di maschi consumatori di cocaina in base al numero di ricatture e all'area territoriale

Area di residenza	1	2	3	>=4	Totale
Centro	672	7	2	0	681
Isole	231	4	0	0	235
Nord-Est	505	3	0	0	508
Nord-Ovest	623	4	0	0	627
Sud	461	6	0	0	467
Totale	2.492	24	2	0	2.518

Tabella 26: Numerosità stimata della popolazione di maschi utilizzatori di cannabis

A = PROBABILITÀ DI CATTURA SU BASE ANNUA									
Segnalati per la prima volta nel 2013					Segnalati nel 2013, già segnalati negli anni precedenti				
NORD-OVEST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%	NORD-OVEST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,03993	14.358	5.879	22.838	minore	0,11765	162	18	478
18-25	0,04018	69.702	51.123	88.280	18-25	0,07933	6.556	3.615	9.496
26-30	0,00731	75.351	29.078	179.779	26-30	0,07692	3.647	1.392	5.902
31-40	0,02863	17.574	4.559	30.588	31-40	0,04459	7.361	1.912	12.810
>40	0,00980	21.115	20.268	62.499	>40	0,04196	3.553	146	7.571
Totale		138.394	107.087	169.701	Totale		19.663	13.580	25.746

NORD-EST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%	NORD-EST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,06377	5.763	2.363	9.163	minore	0,09091	265	23	782
18-25	0,04028	51.442	35.511	67.373	18-25	0,09329	4.053	2.074	6.032
26-30	0,01442	29.261	3.848	62.369	26-30	0,03371	5.461	181	11.637
31-40	0,01102	33.307	12.852	79.465	31-40	0,07843	2.810	868	4.753
>40	0,04145	4.876	101	9.652	>40	0,05556	1.369	74	3.265
Totale		94.426	70.546	18.307	Totale		12.047	7.745	16.349

CENTRO	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%	CENTRO	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,06154	5.613	2.139	9.087	minore	1,00000	5	3	12
18-25	0,03154	70.537	46.836	94.237	18-25	0,10180	3.637	1.915	5.359

26-30	0,02948	14.215	2.845	25.586	26-30	0,04054	3.801	151	8.099
31-40	0,01146	30.801	11.884	73.486	>30	0,01320	23.257	305	55.486
>40	0,01064	17.861	4.145	52.866					
Totale		114.127	83.413	144.841	Totale		14.285	8.455	20.115

SUD	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%	SUD	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,03834	8.481	1.699	15.263	minore	0,10000	221	21	652
18-25	0,06719	40.828	32.214	49.441	18-25	0,14157	6.409	4.728	8.089
26-30	0,03252	15.626	4.802	26.450	26-30	0,06818	6.949	3.439	10.459
31-40	0,04580	8.980	3.118	14.841	31-40	0,07576	5.674	2.810	8.539
>40	0,06211	2.756	344	5.169	>40	0,03279	3.844	124	9.170
Totale		71.482	58.377	84.586	Totale		19.524	15.461	23.587

ISOLE	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%	ISOLE	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,03738	8.912	1.785	16.039	minore	0,16667	91	14	268
18-25	0,07120	23.776	17.561	29.990	18-25	0,20513	3.047	2.231	3.862
26-30	0,03546	8.266	1.024	15.508	26-30	0,06130	4.541	1.399	7.683
31-40	0,01509	17.889	6.901	42.680	31-40	0,13793	1.684	808	2.560
>40	0,03636	3.136	1.208	7.481	>40	0,10909	561	58	1.193
Totale		48.556	37.276	59.836	Totale		8.055	6.283	9.827

La popolazione totale di utilizzatori di cannabis “a rischio di segnalazione” è stimata a livello nazionale in 540.558. Questa cifra è certamente una sottostima dell'intera popolazione di consumatori, perché rimane del tutto nascosta la parte “a rischio bassissimo di segnalazione”, soprattutto quella che ha abitudini di consumo solo in luoghi privati come casa propria, di amici Tale parte di consumatori andrebbe stimata a partire da una adeguata indagine sulla popolazione generale (GPS); come già detto, non è attualmente disponibile in Italia un'attendibile GPS. La popolazione stimata, in particolare quella relativa ai soggetti già segnalati negli anni precedenti, si può definire a rischio per comportamento e fornisce una stima di 73.574,(con intervallo di confidenza, al 95%, con estremi a 50.000 e 100.000 circa). Questa stima fornisce un'approssimazione degli utilizzatori maschi di cannabis con comportamento ad alto rischio, rispetto alla cattura.

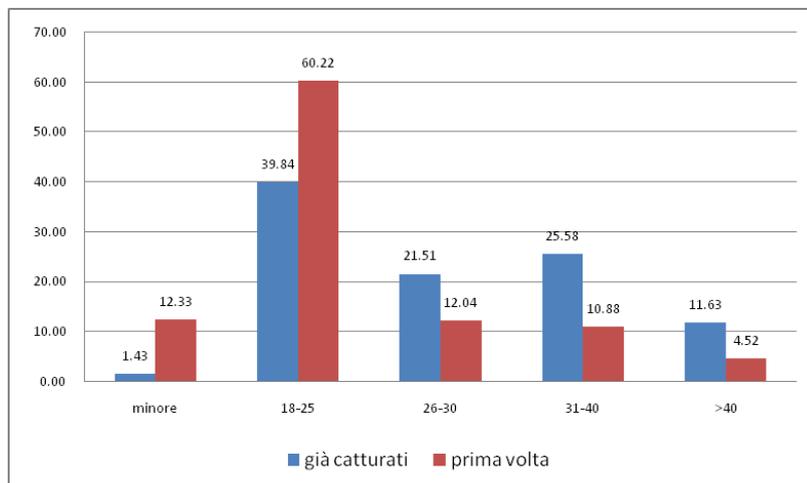
Se si confrontano le età delle due sotto-popolazioni (nuovi segnalati e già segnalati), si osserva che quella dei già segnalati è più alta (come riportato in Figura 8 per il Nord Ovest; situazione analoga per gli altri territori). Un'analisi dettagliata meriterebbe la stima del parametro λ , ovvero della probabilità annua di cattura di ogni soggetto della popolazione; tale stima mostra che i giovani, in particolare i minori, hanno quasi ovunque probabilità di cattura maggiori dei più anziani; inoltre, i già catturati hanno probabilità maggiore di quelli catturati per la prima volta.

Analogamente si può procedere per la popolazione femminile che, però, data la sua scarsa numerosità, occorre raggruppare in un'unica classe d'età e può essere stimata solo a livello nazionale. Per i soggetti femminili segnalati per la prima volta, si hanno in totale 1450 segnalazioni e 1436 soggetti; la stima a livello nazionale risulta pari a 75.092 con intervallo di confidenza al 95% (35.762; 114.421).

Per i soggetti già segnalati, risultano 142 segnalazioni di 140 soggetti e la stima è 5.041, con l'intervallo di confidenza molto ampio (140⁵⁰; 12.026). Per la popolazione femminile segnalata l'andamento dell'età risulta simile a quello per i maschi.

La probabilità di cattura è invece molto più bassa per le femmine. La proporzione maschi su femmine per gli utilizzatori stimati risulta pari a 7,67 contro il rapporto di 14,38 che vale per i soggetti segnalati; la probabilità di cattura per le femmine è dunque circa la metà di quella dei maschi.

Figura 78: Distribuzioni percentuali delle classi di età per i già catturati e catturati per la prima volta nel Nord Ovest.



L'impatto territoriale dei consumatori di cannabis, stimati sulla base delle segnalazioni, ovvero il numero di consumatori per popolazione residente di tutte le età, è evidenziato in Figura 79 e l'andamento dell'impatto dei consumatori rispetto all'impatto delle segnalazioni è evidente in Figura 80.

Globalmente la stima dell'indicatore HRDU per la cannabis risulta pari a 78.615 soggetti, utilizzando solo la stima prodotta da soggetti "già segnalati". È possibile migliorare la stima considerando che tra i soggetti segnalati per la prima volta, una parte sarà segnalata di nuovo l'anno seguente. Considerando due anni consecutivi è possibile stimare quanti saranno risegnalati il secondo anno e facevano parte dei segnalati per la prima volta l'anno precedente. Considerando gli anni disponibili si ottiene che circa il 30% dei soggetti segnalati per la prima volta un certo anno sarà risegnalata l'anno successivo.

⁵⁰ Si osservi che il valore minimo dell'intervallo coincide con il numero di soggetti segnalati.

Aggiungendo il 30% dei soggetti stimati dai segnalati per la prima volta nel 2013, si ottiene una stima più realistica dei consumatori di cannabis HRDU, pari a 134.960.

Figura 79: Numero di consumatori (Nuovi segnalati) per 1000 residenti per area territoriale.

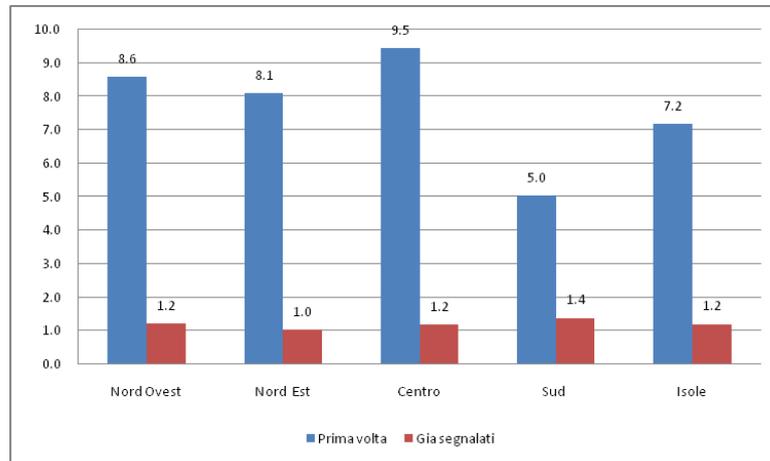
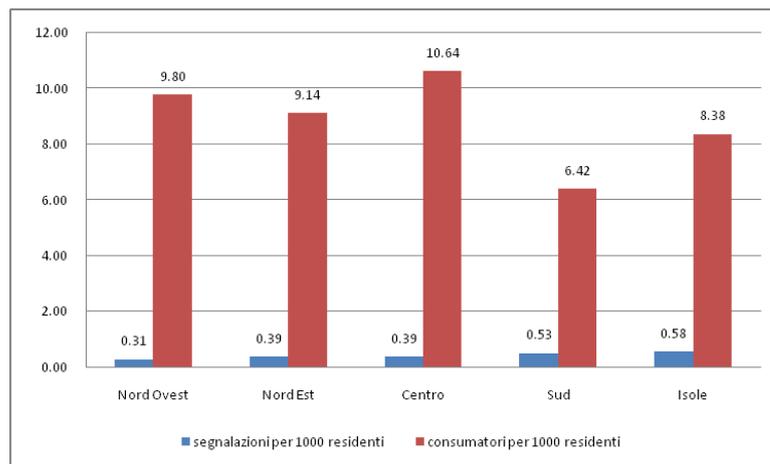


Figura 80: Consumatori totali stimati e segnalazioni per cannabis per 1000 residenti.



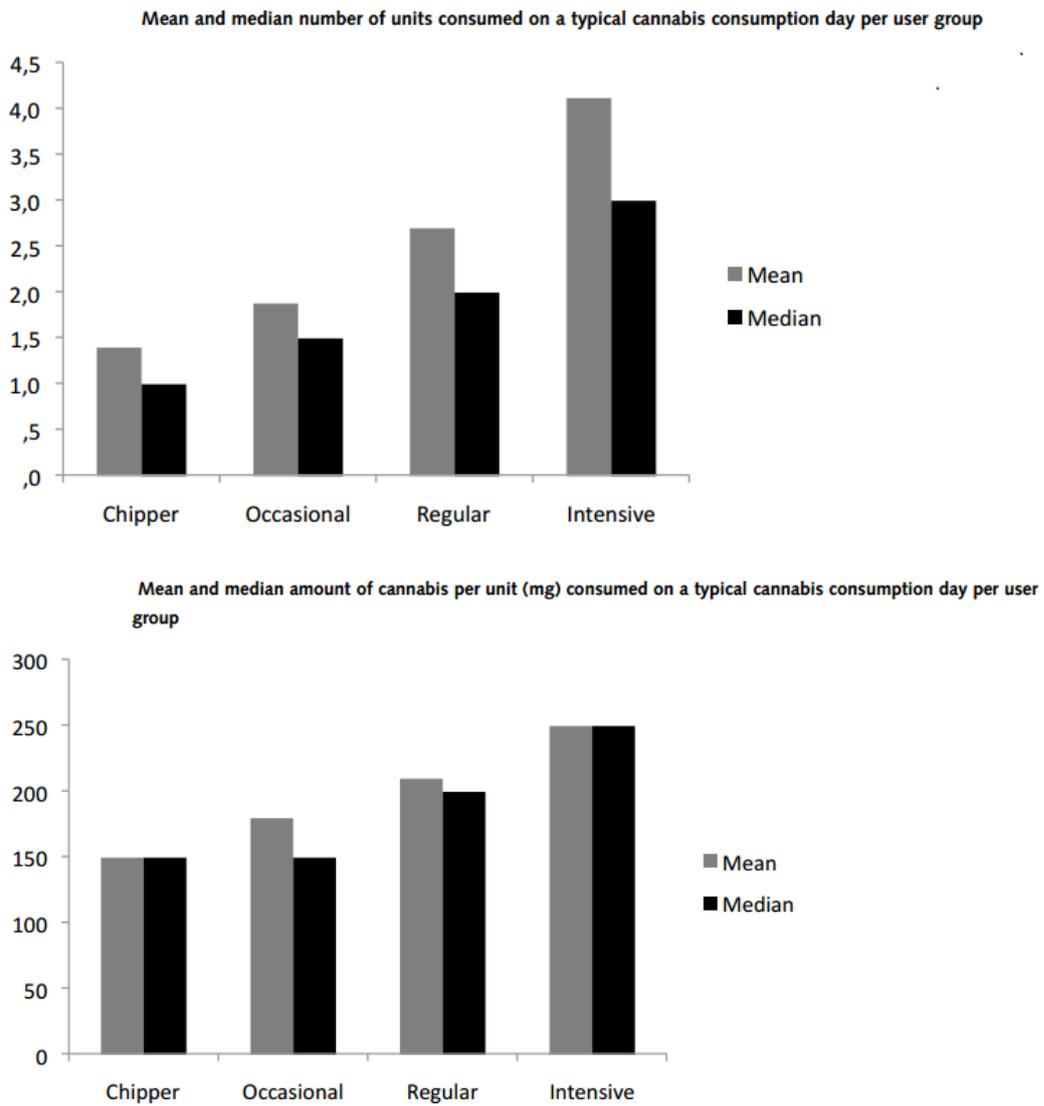
Per acquisire ulteriori informazioni e produrre una stima più accurata, si può far riferimento ad un lavoro effettuato per la Commissione Europea (<http://www.trimbos.org/projects/research-monitoring-and-policies/further-insights-into-aspects-of-the-eu-illicit-drugs-market>) sull'uso di alcune sostanze, in particolare anche cannabis, cocaina ed eroina in sette paesi, tra cui l'Italia, che ha prodotto un'importante pubblicazione (Trautmann et al., 2013).

Nel capitolo sulla cannabis, a seguito dei dati e delle numerose informazioni dalla letteratura, si è stimata la popolazione degli utilizzatori di cannabis suddivisi per "tipo" di uso: "non frequenti" (in inglese, "chipper"; sono quelli che hanno consumato cannabis non più di una volta al mese nell'ultimo anno e poi "occasionalmente" "regolari" e "intensivi"; si tratta di una classificazione secondo la frequenza d'uso nell'ultimo mese, già introdotta in precedenza in Italia (Rey et al., 2011). Ove possibile, le categorie dei "regolari" e "intensivi" vengono ulteriormente dettagliate.

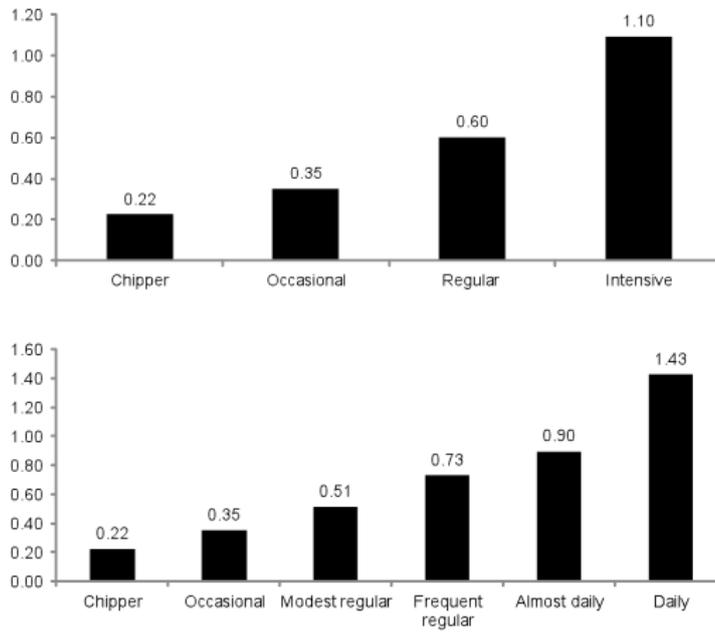
La Figura 81, ripresa dalla pubblicazione per la Commissione europea (Trautmann et al., 2013)

mostra chiaramente come gli “intensivi”, non solo per la frequenza d’uso, ma anche per la quantità, formano la categoria più adeguata come proxy dei consumatori HRDU.

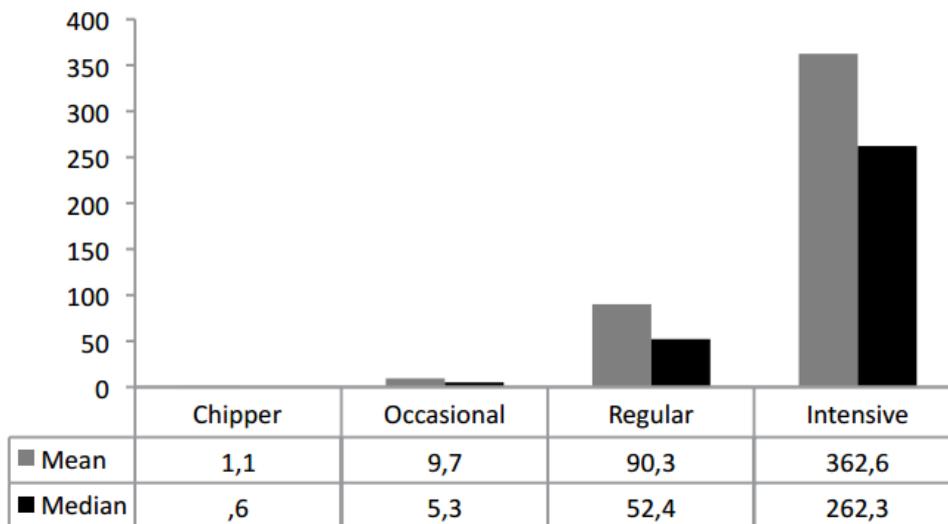
Figura 81: Indicatori di quantità giornaliera caratteristica dei diversi gruppi.



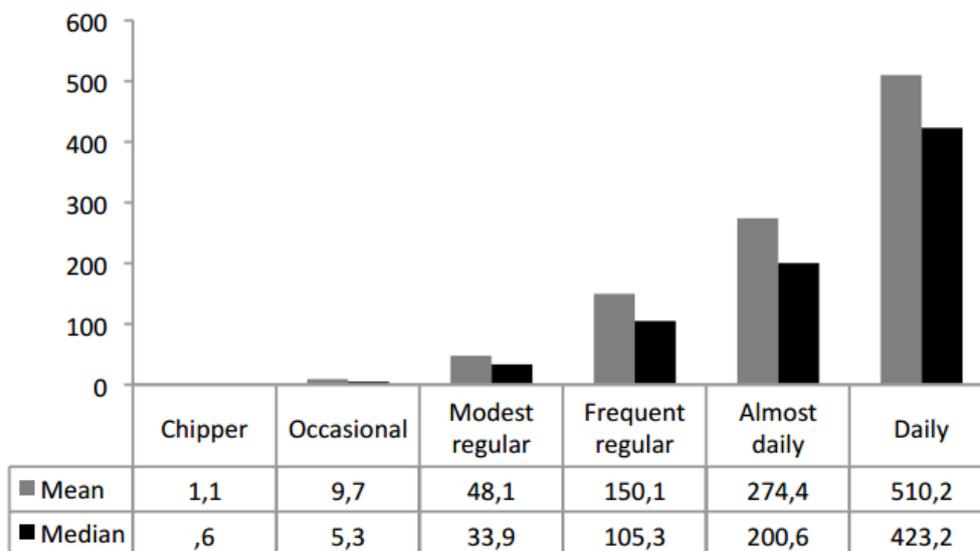
Amount (gram) of cannabis consumed on a typical use day by 4-level (upper panel) or 6-level user group (lower panel)



Amount (gram) of cannabis annually consumed by 4-level user group user group for all units together



Amount (gram) of cannabis annually consumed by 6-level user group user group for all units together



La stima dei consumatori delle diverse tipologie per l'Italia è riportata in Tabella 27.

Tabella 27: Numbers of cannabis users per user group in Italy (15-64 years) according to different estimation methods (million persons)

	Estimation based on population survey data*		Indirect estimation method**		Adjusted indirect estimation method***	
	Numbers	%	Numbers	%	Numbers	%
Chipper	3,305,720	58%	1,100,000	19%	3,305,720	41%
Occasional user	963,027	17%	3,000,000	51%	3,000,000	37%
Regular user	972,868	17%	1,000,000	17%	1,000,000	12%
Intensive user	451,456	8%	800,000	14%	800,000	10%
Total	5,693,071	100%	5,900,000	100%	8,105,720	100%

*Estimate using population survey data (2008/2005)

**Indirect estimation method using data from registered dealers, a dealer to customer ratio and user group distribution from schools surveys (Fabi et al. 2012)

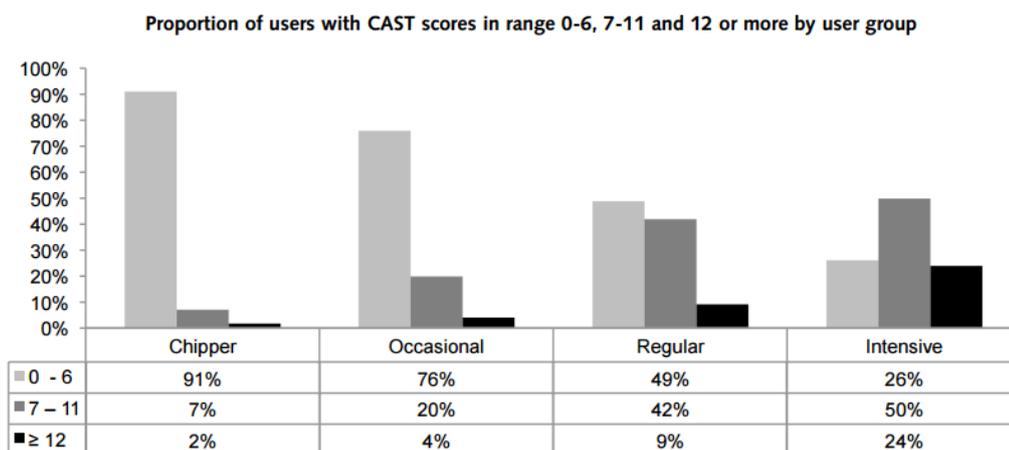
***Estimate based on the indirect estimation method for occasional, regular and intensive users, corrected for underestimation of the group of chipper on the basis of the GPS data for 2008/2005

Se si considerano consumatori HRDU di cannabis gli “intensivi” ottenuti tramite lo “Indirectestimationmethod** o ***”, si ottiene un valore di 800.000, ben superiore (di quasi 6 volte) alla stima ottenuta con le segnalazioni (134.960).

Se si ricorre alla “scala CAST” (Trautmannet al., 2013) e si segue il criterio adottato nel rapporto europeo, si definiscono consumatori “problematici” di cannabis coloro che hanno il livello CAST pari almeno a 7.

Come si vede dalla tabella riassuntiva, si tratta essenzialmente degli “intensivi”, anche se la figura mostra che consumatori problematici sono anche negli altri gruppi, come peraltro alcuni intensivi possono non essere problematici. Data la difficoltà di condurre survey in cui si pongano anche le domande orientate al calcolo di CAST, la stima data dagli “intensivi” è già una buona proxy della popolazione dei “problematici”.

		Chipper	Occasional	Regular	Intensive
Italy	Mean	2.0	4.2	6.7	7.9
	Median	1.0	4.0	6.0	8.0



Un'altra fonte importante di dati e informazioni sull'offerta di cannabis, che è proporzionale alla domanda, è fornita dal rapporto della Direzione Nazionale Antimafia, dove, a proposito della cannabis, si dice:

.... Fra i dati in possesso da ritenersi più attendibili al fine di comprendere in quale direzione si muove il mercato, vi sono quelli relativi ai sequestri di narcotico effettuati sul territorio nazionale che fotografano quindi (per lo più) l'offerta di stupefacente.

....

Si ritiene prudenzialmente, almeno a livello italiano ed almeno attualmente, che, di norma, ad un dato quantitativo di stupefacente sequestrato, corrisponda un quantitativo di stupefacente immesso sul mercato pari a circa 10/20 volte quello sequestrato.

Ricordiamo, allora, per dare un significato concreto ai dati che riguardano il presente anno, che, nel periodo precedente a quello in esame (dunque, dal 1 Luglio 2012 al 30 Giugno 2013), in Italia, venivano intercettati: kg 3748 di cocaina –dato che, già all'epoca, non faceva che confermare la

fortissima offerta di questo tipo di stupefacente in Italia - kg 830 di eroina (stupefacente che risultava meno richiesto sul mercato rispetto al precedente *trend*) kg 63.132 di cannabis, di cui 35.849 di marijuana, kg 27.282 di hashish e kg 4074 di piante (già all'epoca il dato non solo dava conto di un mercato in crescita, ma anche di una auto-produzione, per lo più aumentata da micro-piantagioni domestiche diffuse su tutto il territorio nazionale)

Nel periodo in esame – 1.7.2013/30.6.2014 – si registra un significativo, ma non eccezionale, aumento dei sequestri di tutte le sostanze stupefacenti sopra indicate, fatto salvo il dato sulla cannabis, che evidenziava un irrilevante picco di incremento di oltre il 120%.

In particolare, cadevano in sequestro: kg 4.499 di cocaina, Kg 851 di eroina, kg 147.132 di cannabis (di cui 109.000 di hashish, 37.151 di marijuana, 900 di piante)....

Non essendo maturate nuove e particolari tecniche investigative in tale ambito deve ragionevolmente ritenersi che a sequestri così imponenti ed in aumento corrisponda una massa circolante di cannabinoidi decisamente in aumento.

Per avere contezza della dimensione che ha, oramai, assunto il fenomeno del consumo delle cd droghe leggere, basterà osservare che - considerato che, come si è detto, il quantitativo sequestrato è di almeno 10/20 volte inferiore a quello consumato - si deve ragionevolmente ipotizzare un mercato che vende, approssimativamente, fra 1,5 e 3 milioni di Kg all'anno di cannabis, quantità che soddisfa una domanda di mercato di dimensioni gigantesche.

In via esemplificativa, l'indicato quantitativo consente a ciascun cittadino italiano (compresi vecchi e bambini) un consumo di circa 25/50 grammi *pro-capite* (pari a circa 100/200 dosi) all'anno.

Naturalmente all'aumento dei consumatori di cannabis corrisponde anche l'aumento degli intensivi; se ne deduce l'assoluta inefficacia delle stime prodotte sulla base delle segnalazioni, mentre risulta adeguata la stima proposta dal rapporto per la Commissione europea.

Analoghi dati DCSPA riferiti al 2014 riportano simili aumenti della cannabis nell'offerta e quindi nella domanda come stima.

Cocaina

L'unica altra sostanza per cui è possibile utilizzare le segnalazioni per stimare la sotto-popolazione nascosta a rischio di cattura è la cocaina. Si procede alla stima, ma, come visto per la cannabis, si otterrà una sottostima, anche perché, data la scarsità di catture e ricatture, non sarà possibile introdurre covariate utili, con conseguente aggravio del problema della disomogeneità dei dati di base.

I dati sono riportati in Tabella 28 e le stime ottenute in Tabella 29.

Tabella 28: Segnalazioni di consumatori di cocaina

<u>Soggetti già segnalati in precedenza segnalati per cocaina nell'anno 2013</u>					
Area di residenza	1	2	3	>=4	Totale
Centro	264	9	0	0	273
Isole	105	1	1	0	107
Nord-Est	149	7	1	0	157
Nord-Ovest	309	5	0	0	314
Sud	328	11	0	0	339
Totale	1.155	33	2	0	1.190
<u>Nuovi soggetti segnalati per cocaina nell'anno 2013</u>					
Area di residenza	1	2	3	>=4	Totale
Centro	672	7	2	0	681
Isole	231	4	0	0	235
Nord-Est	505	3	0	0	508
Nord-Ovest	623	4	0	0	627
Sud	461	6	0	0	467
Totale	2.492	24	2	0	2.518

La stima totale della popolazione nascosta risulta pari a 153.415. Naturalmente si tratta dei consumatori di cocaina che sono a rischio di cattura; sono esclusi quelli che consumano in modo da ridurre quasi a zero la probabilità di cattura e sono la maggioranza, che occorre stimare con altri dati e altri metodi. Se si considerano solo i soggetti “già segnalati”, la stima è di soltanto 21.426 soggetti rientranti nella categoria HRDU; anche se si aggiunge il 31% dei nuovi segnalati, come fatto per la cannabis, si ottiene 62.463. Questa stima, se paragonata con il numero di soggetti in carico ai SerT nel 2013 per uso primario o secondario di cocaina, pari a 42.016, porta al calcolo di un rapporto fra soggetti consumatori e soggetti trattati pari a 1,49, inferiore a quello relativo all’uso di oppiacei⁵¹. Purtroppo questo non è coerente con altre stime come, per esempio, il “tempo medio di latenza” (tempo fra il primo uso e la prima richiesta al SerT di terapia) fornito dai dati SIND. Esso risulta pari a 9,7 anni per gli oppiacei e 10,3 per la cocaina, che implica per la cocaina un coefficiente di moltiplicazione più elevato che per gli oppiacei, per cui è vicino a 2. In altre parole, i dati disponibili sui segnalati permettono solo delle valutazioni molto sottostimate per gli utilizzatori di HRDU cocaina, come per la cannabis. Anche se, come prima approssimazione, utilizzassimo lo stesso coefficiente di moltiplicazione degli oppiacei anche per la cocaina,

⁵¹ Il suddetto rapporto funge da “coefficiente di moltiplicazione”, per stimare i consumatori di una certa categoria a partire dai soggetti trattati rientranti nella medesima categoria.

otterremo una sottostima meno grave di quella ottenuta a partire dalle segnalazioni, pari a circa 80.000.

Tabella 29: Stime dei consumatori di cocaina per area territoriale

Area di residenza	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
Centro	0,06818	4.142	1.440	6.843
Isole	0,01905	5.671	235	16.785
Nord-Est	0,09396	1.751	458	3.043
Nord-Ovest	0,03236	9.860	1.221	18.500
Sud	0,06707	5.226	2.143	8.308
Totale	0,05714	21.426	14.125	28.726

Area di residenza	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
Centro	0,02083	33.030	8.566	57.494
Isole	0,03463	6.904	141	13.666
Nord-Est	0,01188	43.011	508	91.680
Nord-Ovest	0,01284	49.142	986	97.297
Sud	0,02603	18.175	3.636	32.714
Totale	0,01926	131.989	79.191	184.788

Si può concludere che, utilizzando i dati relativi alle segnalazioni ex art.75, si ottengono forti sottostime delle popolazioni di interesse, perché le sotto-popolazioni realmente a rischio di segnalazione sono di dimensione limitata, tenendo anche conto del comportamento dei soggetti. Quote rilevanti delle popolazioni di consumatori hanno probabilità quasi nulla di incorrere in segnalazione. Dal lavoro per la Commissione europea citato sopra si è stimato che l'indicatore HRDU per la cocaina deve essere compreso tra 200.000 e 300.000.

Considerazioni finali

Un ultimo passaggio, che mette in evidenza ancora questo aspetto di sottostima, riguarda la stima globale dei consumatori di una qualunque sostanza, senza distinzione, a partire dai dati sulle segnalazioni, e gli approfondimenti necessari sviluppati per gli utilizzatori di cannabis (non solo HRDU), è riportato nel paragrafo successivo.

Procedendo per area territoriale e classe d'età per i maschi, ma non per le femmine, si ottiene la stima:

totale dei maschi consumatori di sostanze illegali segnalati per la prima volta: 606.141;

totale dei maschi consumatori di sostanze illegali già segnalati: 108.653;

totale delle femmine consumatrici di sostanze illegali segnalate per la prima volta: 87.519;

totale delle femmine consumatrici di sostanze illegali già segnalate: 4.804.

Si può subito osservare, per esempio, che la popolazione totale di consumatrici già segnalate (4.804) è inferiore alla popolazione analoga delle consumatrici di cannabis, che risulta 5.041.

Questo evidenzia che l'introduzione, quando è possibile, di covariate, rende più attendibile la stima. Sicuramente la sottostima delle popolazioni femminili è molto più elevata di quella delle popolazioni maschili, avendo una probabilità di cattura che è circa la metà di quella dei maschi che non permette di utilizzare covariate.

Per comprendere meglio il problema dei dati sulle segnalazioni si è esteso il modello di cattura in modo originale.

2.4.2 Un nuovo modello di stima di popolazioni non omogenee che riduce la distorsione e la sottostima

L'obiettivo principale che si persegue nel controllo e nella valutazione dei fenomeni droga-correlati è la stima della dimensione delle popolazioni coinvolte: consumatori con diverso profilo, spacciatori, trafficanti etc. Ovvero popolazioni "nascoste".

La numerosità di queste popolazioni può essere stimata solo in modo indiretto a partire dai dati disponibili, che riguardano la parte (in generale piccola) diventata visibile.

Per arrivare ad una stima convincente si sono costruiti modelli che descrivessero nella maniera più realistica possibile il processo di emersione di questa piccola parte delle popolazioni oggetto di indagine. Tutti i modelli di stima fino ad ora utilizzati, sia a livello nazionale che internazionale, si basano su metodi di cattura-ricattura da più fonti o da una sola fonte, come il modello di Poisson troncato. Queste procedure hanno, come forti limitazioni, l'assumere omogeneità temporale della probabilità di osservazione, l'assenza di modulazione comportamentale delle risposte, e il non sempre utilizzare informazioni aggiuntive preziose (come anche solo l'età e il genere del soggetto identificato).

Il lavoro proposto da Farcomeni e Scacciarelli, pubblicato sulla rivista "*Annals of Applied Statistics*", si inserisce nel progetto europeo "*New methodological tools for policy and programme evaluation (JUST/2010/DPIP/AG/1410)*"; finanziato dalla Commissione europea (DG Justice). Gli obiettivi del progetto erano la prevenzione della tossicodipendenza, lo studio del mercato delle droghe e del loro uso; nonché la stima della dimensione delle sottopopolazioni - nascoste e non - e dei loro comportamenti. Grazie a questo progetto è stato possibile accedere alla base dati del Centro Studi Ricerca e Documentazione, Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie che, ai sensi del dpr 309/1990, si occupa di rilevare dati statistici inerenti i soggetti segnalati ai prefetti come assuntori e consumatori di sostanze stupefacenti (ex articoli 75 e 121 del dpr), attraverso le rilevazioni eseguite dagli Uffici territoriali del governo. Studiamo in particolare le segnalazioni ai sensi dell'art.75 per cannabis, in un periodo che va dal 2006, anno in cui entra in vigore la legge 309, meglio conosciuta come "Fini-Giovanardi", fino al 2008.

Il lavoro si inserisce nell'ambito dei modelli di cattura-ricattura in tempo continuo, modellizzando l'eterogeneità non osservabile, le principali caratteristiche (ad esempio genere, età, provincia di provenienza) degli individui catturati, e considerando anche una componente comportamentale a seguito della cattura (nuovo aspetto). Per ciascun individuo identificato almeno una volta dalle forze dell'ordine si valuta il tempo passato dall'inizio del campionamento (primo Marzo 2006) alla prima registrazione, e il tempo tra registrazioni. Si tiene così conto delle eterogeneità temporali del rischio di cattura (variazioni dovute a mesi estivi, fine settimana, festività, etc.). Data inoltre l'alta sproporzione tra i generi, e la polarizzazione delle età registrate, utilizzare queste informazioni ha

permesso un sostanziale vantaggio in termini di precisione delle stime. Infine, si è inserita una componente comportamentale nel modello, che è risultata determinante. Infatti si osserva un crollo della probabilità di identificazione dopo il secondo evento: gli individui, a rischio se fermati nuovamente dalle Forze dell'Ordine, si fanno più cauti e/o restringono il consumo. Ignorare questo effetto porterebbe a una stima completamente errata. Tutte le possibili fonti di eterogeneità sono quindi state valutate nel modello utilizzato, ottenendo infine per ogni individuo una probabilità di inclusione nel campione. Lo stimatore di Horvitz-Thompson, ovvero la somma del reciproco di queste probabilità, fornisce una stima efficiente e consistente del parametro di interesse, ovvero della numerosità della popolazione di utenti adulti di cannabis, suscettibili di art. 75, nel periodo considerato.

I circa 50000 maggiorenni consumatori di cannabis registrati nel database nel periodo considerato hanno una età media di 26 anni. Il 93% sono maschi. La numerosità finale stimata risulta pari a 3.3 milioni. Si ribadisce che questa stima si riferisce alla popolazione adulta che consuma, compra o trasporta cannabis nelle strade per uso personale, ovvero alla popolazione suscettibile di essere fermata ex art. 75. Si stima quindi che i consumatori "visibili" di cannabis siano pari a circa il 9% della popolazione adulta, ma che questa percentuale presumibilmente vari fortemente con età, genere ed esperienza precedente. Si evidenziano infatti gli effetti preannunciati nella sezione precedente, ove i maschi sono a maggior rischio di essere fermati delle donne, il rischio di fermo diminuisce con l'età e soprattutto crolla di circa l'80% dopo la seconda identificazione. Non si può con le informazioni disponibili discernere tra propensione all'identificazione e al consumo. Si può solo speculare che probabilmente per le donne si ha il primo effetto (ovvero la probabilità che una donna consumatrice sia fermata è sostanzialmente minore di quella di un uomo consumatore), mentre per l'età il secondo (ovvero il consumo di cannabis decresce con l'età). Parimenti con le informazioni a disposizione è possibile dire se dopo il secondo evento di identificazione i soggetti smettano di usare lo stupefacente o, più probabilmente, si facciano più cauti.

Chiaramente questo modello più accurato applicato ai dati delle segnalazioni in anni più recenti permetterebbe di stimare tutta la popolazione di utilizzatori di cannabis e, applicando la proporzione di intensivi l'indicatore HRDU per la cannabis.

2.4.3 Stima dell'indicatore HRDU per gli utilizzatori di oppiacei⁵²

L'indicatore HRDU per consumatori di oppiacei viene stimato da quelle Regioni e Province Autonome che dispongono di archivi sanitari in grado di essere collegati tra loro. Per tali Regioni/PP.AA., Il DPA, in collaborazione con il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna per il 2013 e di esperti esterni per il 2014, ha fornito il supporto metodologico per l'applicazione di procedure standard per la stima dei sottogruppi di consumatori, utilizzando le linee guida dell'Osservatorio Europeo (EMCDDA) per le stime locali⁵³.

⁵² Parte di questo paragrafo proviene dal lavoro di Giovanni Pieretti, Università di Bologna, in particolare le stime territoriali e nazionali del 2013.

⁵³ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html>

Le stime dell'indicatore HRDU per uso di oppiacei a livello locale derivano dall'applicazione del metodo di cattura - ricattura (su fonti sanitarie). Da esse si trae la stima del "coefficiente moltiplicativo" da utilizzare nel metodo di calibrazione per la stima dell'indicatore a livello nazionale, come riportato nelle linee guida dell'Osservatorio Europeo⁵⁴ per la stima dell'indicatore a livello nazionale. Il coefficiente moltiplicativo è un valore numerico che, moltiplicato per il numero di soggetti trattati, consente di stimare il numero di soggetti consumatori HRDU di una sostanza con necessità di trattamento. Le stime locali disponibili sono riportate in appendice.

Per calcolare un coefficiente moltiplicativo valido a livello nazionale, occorre sintetizzare gli indicatori locali.

Le informazioni pervenute dalla Regione Calabria non sono state utilizzate in quanto il coefficiente moltiplicativo stimato risultava molto elevato rispetto a tutte le altre Regioni/PP.AA.

Parallelamente, anche le informazioni pervenute dalla ASL di Bergamo non sono state utilizzate in quanto il coefficiente moltiplicativo stimato risultava troppo elevato rispetto ai dati rilevati da un'altra ASL della Regione Lombardia (quella di Varese), ritenuta più attendibile.

Stime per il 2013

Per l'anno 2013 si stimano in Italia circa 168.000 soggetti che avrebbero bisogno di un trattamento per uso primario di oppiacei ("prevalenza su base annua"), corrispondenti a una prevalenza relativa di 4,3 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Gli intervalli di confidenza al 95% hanno ampiezza complessiva di circa 43.000 soggetti, quindi con un minimo di circa 147.000 ed un massimo di circa 190.000. Rispetto al 2012, la stima della popolazione suddetta resta sostanzialmente stabile. Le stime a livello regionale⁵⁵ (Figura 1), evidenziano che le aree a prevalenza più elevata sono la Liguria (7,4 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni), la Toscana ed il Molise (6,7). Le regioni con a prevalenza più bassa sono la Lombardia (2,6 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni), la Sicilia (2,7) e la Calabria (3,3). Nella **Tabella 35** sono riportate le stime delle prevalenza relativa per regione e per genere.

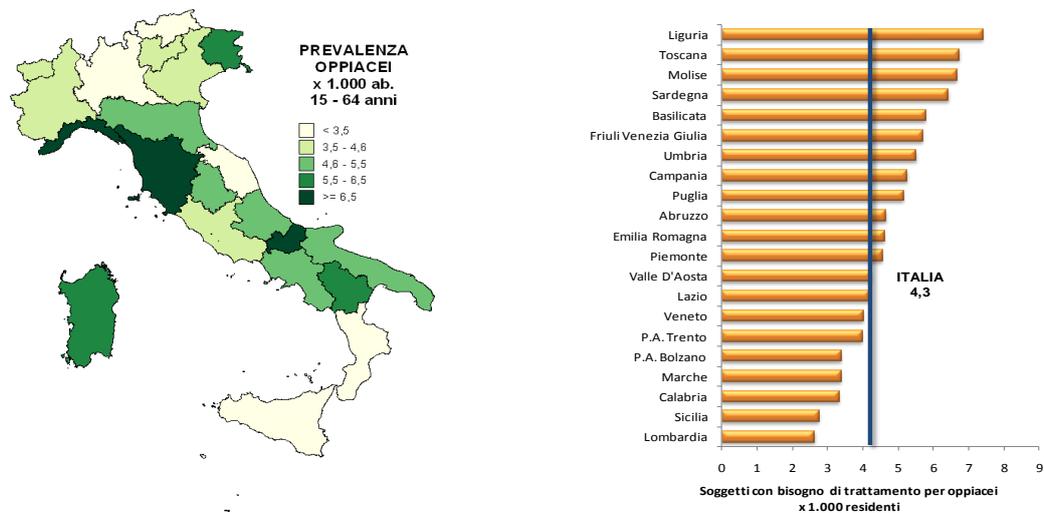
Si può molto approssimativamente fare il confronto a livello europeo delle stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei (Figura 82). Considerando le stime disponibili per 19 Paesi UE (<http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>)⁵⁶, le prevalenze del consumo problematico di oppiacei variano da meno di 1,0 a circa 8,0 casi per 1.000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni. L'Italia (sigla IT) con un valore di 4,3 si colloca alla posizione 14 su 19 della graduatoria ascendente. Tale valore è il doppio del valore mediano dei 19 paesi (pari a 2,4), e poco più della metà del valore massimo (l'8,1 della Gran Bretagna).

⁵⁴ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html>

⁵⁵ Calcolate in modo "nazionale" ovvero con l'unico coefficiente moltiplicativo nazionale senza tener conto di eventuali variabilità regionali sia dei dati che dei coefficienti moltiplicativi.

⁵⁶ Dato che riguardano anni di stima diversi non permettono rigorose comparazioni: 2006 Irlanda, 2007 Lussemburgo e Lituania, 2008 Slovacchia e Norvegia, 2009 Polonia, 2010 Lettonia, 2010-11 Gran Bretagna e Ungheria, 2011 Spagna, Slovenia, Austria e Turchia, 2012 Malta, Cipro, Paesi Bassi, Grecia e Repubblica Ceca, 2013 Italia.

Figura 82: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013



Fonte: Elaborazione su flussi informativi SIND

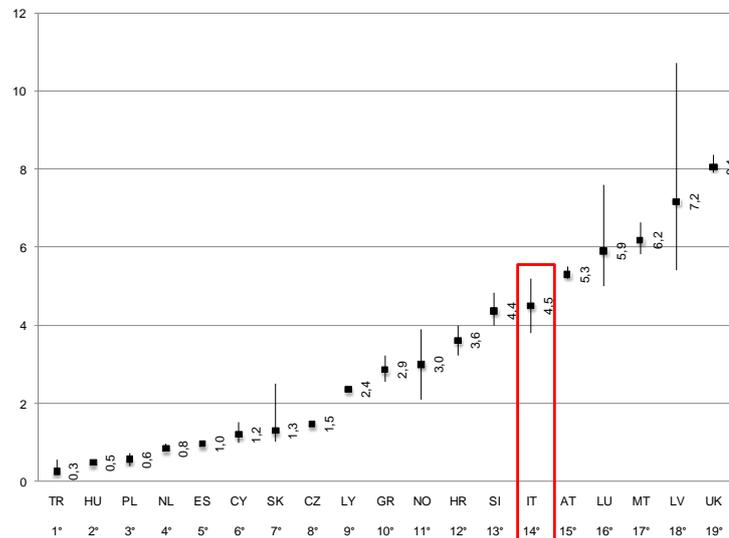
Tabella 30: Stime regionali di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei secondo il genere. Anno 2013

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Liguria	11,9	3,1	7,4
Molise	11,5	1,9	6,7
Toscana	10,4	3,2	6,7
Sardegna	11,3	1,6	6,4
Basilicata	10,6	1	5,8
Friuli Venezia Giulia	8,7	2,6	5,7
Umbria	9,2	1,9	5,5
Campania	9,6	1	5,3
Puglia	9,3	1,1	5,1
Abruzzo	8	1,4	4,6
Emilia Romagna	7,5	1,7	4,6
Piemonte	7,6	1,6	4,6
Lazio	7,4	1,1	4,2
Valle D'Aosta	6,8	1,7	4,2
P.A. Trento	6,3	1,6	4
Veneto	5,9	1,5	4
Marche	5,6	1,2	3,4
P.A. Bolzano	5	1,7	3,4
Calabria	6,1	0,6	3,3
Sicilia	5,1	0,5	2,7
Lombardia	4,3	0,9	2,6

Media	7,3	1,4	4,3
--------------	------------	------------	------------

Fonte: Elaborazione su flussi informativi SIND

Figura 83: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei – confronto a livello europeo



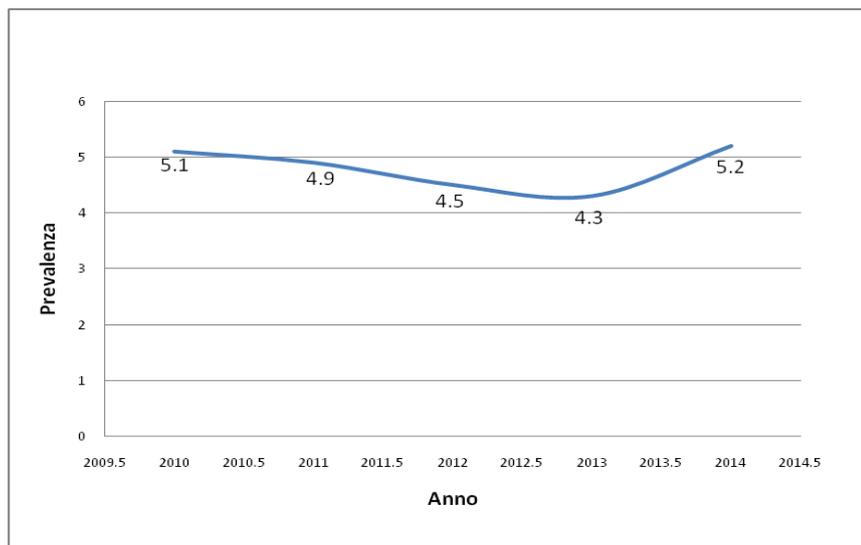
Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2014

Aggiornamento delle stime nazionali al 2014

I consumatori di oppiacei con bisogno di trattamento, nel 2014, sono stimati in 203.000, con un intervallo di confidenza al 95% che va da 179.000 a 227.000; i dati di base provengono dalle stesse fonti, a partire dal 2010. Il calcolo viene effettuato annualmente attraverso un “metodo di calibrazione” utilizzato per le stime nazionali in molti paesi. Esso si basa sulla popolazione in trattamento osservata (per l’Italia, fornita dal Ministero della Salute; dati “SIND”), e la moltiplica per il coefficiente moltiplicativo stimato sintetizzando i valori parziali relativi a popolazioni limitate a livello territoriale, più facilmente stimabili con metodi di cattura-ricattura, da una o più fonti.

Le stime relative al 2014 mostrano, rispetto al 2013, un aumento del 20% conseguente ad un pari aumento nei dati di base.

La stima di prevalenza relativa per mille residenti di età compresa tra 15 e 64 anni, è pari a 5,2, che rispetto al valore 4,3 del 2013 corrisponde pure ad un incremento del 20% (la dimensione della popolazione di interesse è pressoché costante negli anni). Nella Figura 84 si riporta l’andamento delle stime della prevalenza relativa dal 2010 al 2014 che rappresentano i soli anni per i quali è possibile il confronto omogeneo, dato lo stesso metodo di stima, diversa da quello utilizzato negli anni precedenti.

Figura 84: Prevalenza di consumatori di oppiacei con necessità di trattamento per 1000 abitanti di età 15-64 anni.

Appendice

Tabella 31: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione ABRUZZO. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	3.881	3.553	4.209
Coefficiente moltiplicatore		1,2	

Tabella 32: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione BASILICATA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	1.916	1.360	2.472
Coefficiente moltiplicatore		1,7	

Tabella 33: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, ASL BERGAMO. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	3.348	2.136	4.559
Coefficiente moltiplicatore		2,1	

Tabella 34: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Area Metropolitana di BOLOGNA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	2.275	2.032	2.518
Coefficiente moltiplicatore		1,3	

Tabella 35: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, P.A. BOLZANO. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	1.100	931	1.269
Coefficiente moltiplicatore		1,8	

Tabella 36: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione CALABRIA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	16.913	5.664	28.162
Coefficiente moltiplicatore		13,8	

Tabella 37: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione PUGLIA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	1.640	255	3.025
Coefficiente moltiplicatore		4,0	

Tabella 38: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione SARDEGNA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	4.950	4.139	5.761
Coefficiente moltiplicatore		1,6	

Tabella 39: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione SICILIA. Anno 2013

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA			
Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	146	146	146
Coefficiente moltiplicatore		1,0	
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO			
Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	3.079	2.329	3.829

Coefficiente moltiplicatore	1,8		
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA			
Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	743	310	1.176
Coefficiente moltiplicatore	2,2		
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA			
Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	678	539	817
Coefficiente moltiplicatore	1,1		

Tabella 40: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, ASL VARESE. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	1.399	1.166	1.632
Coefficiente moltiplicatore	1,3		

Tabella 41: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, ASL VERONA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	855	710	1.000
Coefficiente moltiplicatore	1,2		

2.5 Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti di attività sportive

Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti attività sportiva sottoposti ai controlli della Commissione di Vigilanza sul doping

La legge 376/2000 (Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping, G.U. n. 294 del 18 dicembre 2000) all'articolo 9 riconosce come reato penale il procurare ad altri, somministrare, assumere o favorire l'utilizzo di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive ricompresi nelle classi previste all'articolo 2, comma 1 della medesima legge.

Molte sostanze vietate per doping presenti nella Lista delle sostanze e metodi proibiti prevista dalla legge 376/2000, tuttavia, a causa della loro capacità di indurre dipendenza fisica e psichica, sono inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute secondo la legge 309/1990 e successive modifiche.

Tra le due leggi sopracitate esistono importanti sovrapposizioni: sono infatti catalogati sia tra le sostanze stupefacenti che tra le sostanze vietate per doping alcuni stimolanti, narcotici, anabolizzanti e la cannabis.

Nel corso dell'anno 2014, la Commissione di Vigilanza ed il controllo sul Doping e per la tutela della salute nelle attività sportive (CVD), istituita presso il Ministero della Salute in attuazione dell'art. 3 comma 1 della legge 376/2000, ha effettuato controlli antidoping su 274 manifestazioni sportive.

Il controllo sanitario e antidoping, secondo l'art.1 comma 2 del D.M. 14 febbraio 2012 (G.U. n. 70 del 23/3/2012), è stato effettuato in corso di eventi sportivi, sulla matrice biologica urinaria di atleti praticanti attività sportive non agonistiche e attività amatoriali giovanili anche agonistiche in diverse discipline e pratiche sportive.

Sono stati sottoposti a controllo antidoping 1427 atleti, di cui 976 maschi (68,4%) e 451 femmine (31,6%). L'età media della popolazione sottoposta a controllo antidoping è di 30,6 anni, specificatamente quella degli atleti 31,4 anni e quella delle atlete 28,9 anni. Complessivamente, 7 atleti (lo 0,5% del campione), è risultato positivo a sostanze vietate sia secondo quanto previsto dalla legge 309/90 che secondo quanto previsto dalla legge 376/00. Di questi atleti, 6 sono di sesso maschile (0,6% degli atleti controllati) ed 1 è di sesso femminile (0,2% degli atleti controllati). L'età media degli atleti risultati positivi ai controlli è di 43 anni (43,7% per gli uomini, 39,1 per le donne).

Tabella 42

MASCHI	976	50	6 (0,6%)
FEMMINE	451	8	1 (0,2%)

Relativamente alle sostanze rilevate ai controlli antidoping ed inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute,

si segnalano i seguenti principi attivi: la cannabis e derivati (3 atleti), la cocaina (2 atleti) l'ossicodone (1 atleta) e la fentermina (1 atleta).

Gli atleti risultati positivi alla cannabis e derivati sono 3, di cui uno appartenente alla FIR (rugby), uno alla FIHP (Hockey e pattinaggio) ed uno alla FIGGMA (arti marziali). La cannabis non è mai stata rilevata in associazione con altre sostanze vietate dalla legge 376/00.

Gli atleti risultati positivi alla cocaina sono due e praticano il ciclismo. La cocaina è stata rilevata in associazione ad altre sostanze dopanti, ed in particolare ad agenti anabolizzanti, diuretici ed ormoni (eritropoietina).

La fentermina è stata rilevata in associazione ad ormoni e corticosteroidi in un atleta praticante il ciclismo.

L'ossicodone, un narcotico (classe doping S7), è stato assunto da un atleta praticante ciclismo.

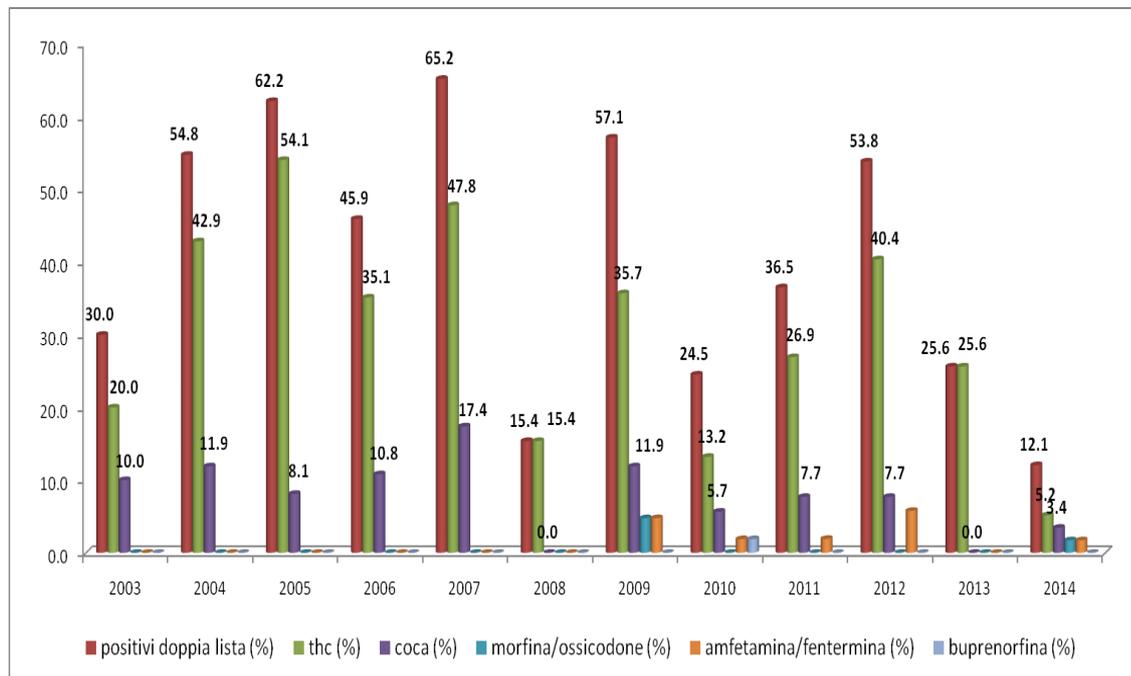
Tabella 43: Elenco delle sostanze vietate per doping e secondo quanto previsto dalla legge 309/90 stratificate per numero di atleti che le hanno assunte e relativo genere di appartenenza: valori assoluti

Cocaina, Furosemide, Mesterolone, Eritropoietina ricombinate	1	4	maschio
Gonadotropina corionica, Fentermina, Prednisone, Prednisolone, Cocaina,	1	4	maschio
Testosterone e/o suoi precursori*	1	2	maschio
THC	3	1	maschio (2) femmina (1)
Ossicodone	1	1	maschio

La Figura 85 mostra l'andamento delle positività registrate tra gli atleti monitorati dalla CVD nel corso degli anni 2003-2014 relativamente alle sostanze vietate sia secondo quanto previsto dalla legge 309/90 che dalla legge 376/00. Come è possibile osservare dalla lettura del grafico, le sostanze per così dire "in doppia lista", hanno sempre rappresentato una percentuale non irrilevante tra gli atleti risultati positivi ai controlli antidoping. La percentuale minore è stata registrata nel 2014 (il 12,1% delle positività è relativo a principi attivi "in doppia lista"), la più elevata nel 2007 (65,2%). Nel 2007, anno in cui la percentuale di positività degli atleti monitorati dalla CVD ad una o più sostanze vietate per doping è stata complessivamente pari al 2,9%, i principi attivi maggiormente rilevati sono stati la cannabis e derivati (47,8%) e la cocaina (13,0%).

Da notare come nel corso degli anni la cannabis e derivati (classe doping S8) abbiano sempre rappresentato la percentuale più rilevante tra le positività registrate per le sostanze vietate "in doppia lista". Nel maggio 2013 tuttavia la WADA ha deciso di aumentare il livello di soglia (cut-off analitico) per la positività alla cannabis: il risultato di tale variazione è stata una forte diminuzione nelle positività rilevate tra gli atleti monitorati dalla CVD registrata a partire dal 2013 e confermata nel 2014.

Figura 85: Distribuzione delle positività rilevate per le sostanze inserite nella Lista delle sostanze e metodi proibiti prevista dalla legge 376/2000 e nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute secondo la legge 309/1990.



2.6 Incidenza di positività tra le Forze Armate

Orientamenti generali

Nel corso del 2014 le Forze Armate (FFAA) italiane hanno rinnovato l'impegno nel contrastare la diffusione e l'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope nel proprio ambito, attraverso una capillare opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo rivolta in favore di tutte gli Enti dipendenti, fino ai minori livelli organizzativi.

L'orientamento comune è quello di eliminare totalmente l'uso di dette sostanze da parte del personale dipendente, al fine di soddisfare la prioritaria esigenza di poter disporre, in qualsiasi momento, di personale totalmente integro sul piano psico-fisico e quindi idoneo ad assolvere in piena sicurezza tutti i compiti istituzionali.

Il primo step di intervento (prevenzione primaria) viene attuato mediante specifici programmi di informazione ed educazione, cui si aggiungono programmi formativi per il personale medico e psicologo. A ciò è inoltre associato, come obiettivo primario che l'Amministrazione della Difesa persegue, la prevenzione del disagio (giovanile e non) e della sofferenza psicologica, nonché il precoce riconoscimento dei comportamenti a rischio, in quanto favorevoli al consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

La successiva fase di intervento (prevenzione secondaria) consta nell'accertamento dell'uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, basato su:

- riscontro documentale di trattamenti socio sanitari avvenuti per condizioni di tossicodipendenza o comunque legati all'uso/abuso di dette sostanze;

- riscontro di segni/sintomi fisici o psichici clinici di assunzione abituale di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, di intossicazione in atto, di sindrome d'astinenza;
- riscontro di cataboliti specifici nei liquidi biologici e nei tessuti.

In particolare, il personale militare sospetto assuntore di sostanze stupefacenti e/o psicotrope viene sottoposto ad accurati controlli di laboratorio e valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi sanitari e dei Consulenti Psicologici e Servizi di Psicologia, attraverso metodiche e protocolli che garantiscono le previste condizioni di sicurezza. Vengono inoltre effettuati accertamenti pre-affidamento delle mansioni/attività a rischio, periodici e di follow-up, nonché accertamenti randomici su tutto il personale. Infine, il personale risultato positivo ai test e/o agli altri interventi di prevenzione secondaria viene avviato ad attività di sostegno e rieducazione sanitaria (interventi terapeutici e riabilitativi) presso i Consulenti Psicologici/Servizi di Psicologia e contestualmente sottoposto, presso le Commissioni Medico Ospedaliere, ad accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata ad accertare la struttura personologica/o psicopatologica di fondo e/o patologie organiche concomitanti che sottendono all'abuso, onde accertare l'inidoneità al servizio per altra causa.

Consuntivo sintetico delle attività di controllo tossicologico

I dati relativi al numero totale dei soggetti sottoposti ad esame tossicologico e al numero di quelli risultati positivi sono stati raccolti ed aggregati dall'Ispettorato Generale della Sanità Militare - Osservatorio Epidemiologico della Difesa, nonché strutturati in schede distinte per FA/CC, di seguito riportate, rispettivamente per EI, MM, AM, CC):

Tabella 44: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nell'EI. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		ESERCITO ITALIANO	ANNO DI RIFERIMENTO			SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
			TOTALE 2014			X		X	
CATEGORIE		Totale soggetti sottoposti a test di screening						TOTALE	
		FASCE DI ETA'							
		15-24	25-34	35-44	45-54	> 54			
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	14	12	11	0	37	0
		Piloti	0	6	9	0	0	15	0
		Altro	96	246	181	170	24	717	0
	SOTT.LI	Autisti	21	37	52	38	0	148	0
		Piloti	0	7	11	8	0	26	0
		Altro	194	616	730	471	146	2157	0
	TRUPPA	Autisti	1401	2692	263	1	0	4357	0
		Altro	3111	7999	915	21	1	12047	0
	Militari F.V.	Autisti	370	177	1	0	0	548	0
Altro		1883	707	3	2	0	2595	0	
Civili AD		1	0	7	32	21	61	0	
Civili altre Amm.ni		0	2	1	0	0	3	0	

* = Dato non pervenuto AC

Tabella 45: Nr. totale risultati positivi nell'EI. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		ESERCITO ITALIANO	ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO					
			TOTALE 2014		X					
CATEGORIE		Numero soggetti positivi al test di conferma							TOTALE	
		FASCE DI ETA'								
		15-24	25-34	35-44	45-54	> 54				
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0	
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	
		Altro	1	0	0	0	0	1	0	
	SOTT.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0	
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	
		Altro	0	3	1	0	0	4	0	
	TRUPPA	Autisti	0	4	4	0	0	8	0	
		Altro	6	21	2	2	0	31	0	
	Militari F.V.	Autisti	0	4	4	0	0	8	0	
Altro		2	3	0	0	0	5	0		
Civili AD		1	0	0	0	0	1	0		
Civili altre Amm.ni		0	1	1	0	0	2	0		

* = Dato non pervenuto AC

Tabella 46: Nr. soggetti per categoria di sostanza nell'EI. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		ESERCITO ITALIANO	ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO											
			TOTALE 2014		X		X									
CATEGORIE		CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI														
		Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro		
		TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Piloti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	1	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
	SOTT.LI	Autisti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Piloti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	4	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
	TRUPPA	Autisti	*	0	*	6	*	2	*	0	*	0	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	18	*	7	*	6	*	0	*	0	*	0

Militari F.V.	Autisti	*	0	*	4	*	3	*	1	*	0	*	0	*	0
	Altro	*	4	*	1	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
Civili AD		*	0	*	1	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
Civili altre Amm.ni		*	0	*	2	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0

* = Dato non pervenuto AC

Tabella 47: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nella MM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			MARINA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO					SEMESTRE DI RIFERIMENTO	
				TOTALE 2014					X	X
CATEGORIE			Totale soggetti sottoposti a test di screening					TOTALE		
			FASCE DI ETA'							
			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54			
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	4	27	15	4	50	0	
		Piloti	0	55	38	6	0	99	0	
		Altro	0	36	40	22	1	99	0	
	SOTT.LI	Autisti	14	55	160	62	1	292	0	
		Piloti	0	12	66	46	0	124	0	
		Altro	6	92	428	139	13	678	0	
	TRUPPA	Autisti	6	103	46	3	0	158	0	
		Altro	84	317	85	2	0	488	0	
	Militari F.V.		Autisti	36	199	195	1	0	431	0
Altro			86	10	4	2	0	102	0	
Civili AD			99	89	70	8	22	288	0	
Civili altre Amm.ni			0	2	1	40	5	48	0	

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

Tabella 48: Nr. totale risultati positivi nella MM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			MARINA MILITARE		ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
					TOTALE 2014		X		X	
CATEGORIE			Numero soggetti positivi al test di conferma					TOTALE		
			FASCE DI ETA'							
			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54			
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0	0
	SOTT.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	1	0	0	0	1	0
	TRUPPA	Autisti	0	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0	0
	Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0	0
Civili AD			0	0	0	0	0	0	0	0
Civili altre Amm.ni			0	0	0	0	0	0	0	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

Tabella 49: Nr. soggetti per categoria di sostanza nella MM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			MARINA MILITARE				ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO							
							TOTALE 2014		X		X					
CATEGORIE			CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI													
			Antefammine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro	
			TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS		
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	50	0	50	0	50	0	50	0	10	0	10	0	50	0
		Piloti	100	0	100	0	100	0	100	0	1	0	1	0	99	0
		Altro	87	0	87	0	87	0	87	0	41	0	41	0	83	0
	SOTT.LI	Autisti	290	0	290	0	290	0	290	0	161	0	161	0	270	0
		Piloti	124	0	124	0	124	0	124	0	0	0	0	0	124	0
		Altro	635	0	635	1	635	0	635	0	285	0	285	0	598	0
	TRUPPA	Autisti	128	0	128	0	128	0	128	0	43	0	43	0	127	0
		Altro	468	1	468	0	468	0	468	0	226	0	220	0	418	1

Militari F.V.	Autisti	360	0	360	0	360	0	360	0	203	0	203	0	346	0
	Altro	74	0	74	0	74	0	74	0	71	0	71	0	74	0
Civili AD		286	0	286	0	286	0	286	0	170	0	170	0	280	0
Civili altre Amm.ni		48	0	48	0	48	0	48	0	15	0	15	0	48	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

Tabella 50: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nella AM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		AERONAUTICA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO					SEMESTRE DI RIFERIMENTO		
			TOTALE 2014					X	X	
CATEGORIE		Totale soggetti sottoposti a test di screening							TOTALE	
		FASCE DI ETA'								
		15-24	25-34	35-44	45-54	> 54				
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	1	5	4	0	10	0	
		Piloti	124	637	833	369	114	2077	0	
		Altro	422	275	534	440	83	1754	0	
	SOTT.LI	Autisti	4	56	439	190	6	695	0	
		Piloti	57	240	391	414	35	1137	0	
		Altro	44	801	1850	3129	125	5944	0	
	TRUPPA	Autisti	9	253	147	5	0	414	0	
		Altro	1226	1911	1405	867	103	5512	0	
	Militari F.V.	Autisti	14	61	7	0	1	83	0	
Altro		413	431	143	148	25	1160	0		
Civili AD		4	6	30	76	34	150	0		
Civili altre Amm.ni		1868	584	515	547	105	3619	0		

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenuto AC

Tabella 51: Nr. totale risultati positivi nella AM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			AERONAUTICA MILITARE		ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO					
					TOTALE 2014		X		X			
			Numero soggetti positivi al test di conferma								TOTALE	
			FASCE DI ETA'									
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54					
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Altro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SOTT.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Altro	0	1	3	5	0	0	0	9	0	
	TRUPPA	Autisti	0	0	1	0	0	0	0	1	0	
		Altro	1	2	1	0	0	0	0	4	0	
	Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Altro	4	0	1	0	0	0	5	0		
Civili AD			1	0	0	0	0	0	1	0		
Civili altre Amm.ni			0	0	1	4	0	5	0			

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenuto AC

Tabella 52: Nr. soggetti per categoria di sostanza nella AM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			AERONAUTICA MILITARE				ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO							
							TOTALE 2014		X		X					
			CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI													
CATEGORIE			Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro	
			TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0	4	0
		Piloti	1784	0	1790	0	1790	0	1790	0	1250	0	1145	0	1189	0
		Altro	1673	1	1673	1	1673	0	1673	0	1258	0	1260	0	1262	0
	SOTT.LI	Autisti	792	0	792	0	792	0	792	0	352	0	342	0	417	0
		Piloti	1129	0	1129	0	1129	0	1129	0	428	0	423	0	428	0
		Altro	6279	4	6280	10	6280	2	6280	8	3399	0	3398	0	3677	0
	TRUPPA	Autisti	386	0	386	0	386	1	386	0	204	0	204	0	258	0

		Altro	5158	0	5158	3	5158	0	5158	3	3599	0	3589	0	3652	0
Militari F.V.		Autisti	79	0	79	0	79	0	79	0	8	0	8	0	53	0
		Altro	1142	0	1142	5	1142	0	1142	1	704	0	727	0	737	0
Civili AD			136	0	136	0	136	0	136	0	83	0	83	0	84	0
Civili altre Amm.ni			3617	1	3617	5	3617	1	3617	4	3576	0	3576	0	3576	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 53: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nei CC. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI	ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO					
			TOTALE 2014		X		X			
CATEGORIE		Totale soggetti sottoposti a test di screening							TOTALE	
		FASCE DI ETA'								
		15-24	25-34	35-44	45-54	> 54				
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	2	0	0	2	0	
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	
		Altro	0	16	2	0	0	18	0	
	SOTT.LI	Autisti	0	3	0	1	0	4	0	
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	
		Altro	2	9	14	41	6	71	0	
	TRUPPA	Autisti	0	59	33	29	0	121	0	
		Altro	0	55	58	27	4	144	0	
	Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0	0
Altro			0	46	0	0	0	88	0	
Civili AD		0	0	0	0	0	0	0		
Civili altre Amm.ni		0	0	0	0	0	0	0		

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

	TRUPPA	Autisti	121	0	121	0	121	0	121	0	121	0	121	0	0	0
		Altro	144	0	144	0	144	0	144	0	144	0	144	0	0	0
Militari F.V.	Autisti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Altro	88	0	88	0	88	0	88	0	88	0	88	0	0	0	0
Civili AD		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Civili altre Amm.ni		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenuto AC

Rispetto all'anno precedente, i dati pervenuti indicano un incremento del numero dei soggetti sottoposti a screening nel complesso delle FFAA/CC e, a fronte di un aumento dei positivi in termini assoluti, una riduzione percentuale delle positività accertate.

A tal riguardo sono riportate le seguenti tabelle riassuntive di confronto 2013-2014 riferite alle singole F.A./CC:

Tabella 56: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nell'EI relativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

ESERCITO									
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Militari S.P.E.	UFF.LI	86	769	419	NP*		1		0.1300
	SOTT.LI	259	2331	1053	NP*		4		0.1716002
	TRUPPA	6530	16404	43004	NP*	19	39	0.2909	0.2377469
Militari F.V.		317	3143	1268	NP*		13		0.4136176
TOTALE F.A.		7192	22647	45744	NP*	19	57	0.2641	0.251689

Tabella 57: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nella MM relativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

MARINA MILITARE									
CATEGORIE	TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'		
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
Militari S.P.E.	UFF.LI	147	248	715	1284		0		
	SOTT.LI	736	1094	3850	6080		1		0.0914
	TRUPPA	418	646	2045	3461	3	0	0.7177	
Militari F.V.		252	533	1147	2704		0		
TOTALE F.A.		1553	2521	7757	13529	3	1	0.1932	0.0397

Tabella 58: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nell'AM relativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

AERONAUTICA MILITARE									
CATEGORIE	TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'		
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
Militari S.P.E.	UFF.LI	4406	3841	23109	21250	1	0	0.022	
	SOTT.LI	13811	7776	69935	45667	5	9	0.036	0.1157407
	TRUPPA	6050	5926	32547	33682	2	5	0.033	0.0843739
Militari F.V.		959	1243	5112	7121		5		0.4022526
TOTALE F.A.		25229	18786	130703	107720	8	19	0.032	0.1011391

Tabella 59: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nei CC relativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

CARABINIERI									
CATEGORIE	TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'		
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
Militari S.P.E.	UFF.LI	12	20	66	120		0		
	SOTT.LI	68	75	287	450		0		
	TRUPPA	220	265	1009	1590	3	0	1.3636	
Militari F.V.	82	88	346	528		0			
TOTALE F.A.	382	448	1708	2688	3	0	0.7853		

Occorre inoltre evidenziare che i programmi di prevenzione vengono elaborati da ciascuna FA sulla scorta di direttive che prevedono controlli randomici della forza effettiva in patria, mentre per quanto riguarda l'Arma dei Carabinieri i controlli vengono effettuati in fase di selezione e per alcune idoneità particolari.

A tali linee di intervento si aggiunge la direttiva della ex Direzione Generale Della Sanità Militare recante il "Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari in assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa" ed. 2010, finalizzata ad escludere o identificare la condizione di tossicodipendenza e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, al fine di assicurare un regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio secondo le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni 18.09.2008, n. 178/CSR. Dall'analisi dei dati riportati nelle tabelle da 5 a 8 si evidenzia inoltre che, proporzionalmente alla popolazione della FA, il maggiore numero di controlli viene effettuato in ambito A.M.. Tale dato è influenzato significativamente dal fatto che la statistica in esame include i test effettuati presso gli Istituti di Medicina Aerospaziale su tutto il personale aeronavigante e su quello addetto a supporto dell'attività di volo, personale che comprende anche quello delle altre F.A./CC.

2.7 Stime dell'uso di sostanze attraverso l'analisi delle acque reflue

Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue: utilità e aspetti critici

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha affidato all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano i prelievi e l'analisi di campioni di acque reflue per la misura dei residui di sostanze psicotrope in essi presenti. A partire dal 2013, è stata svolta per una settimana all'anno in 17 centri urbani e in tre scuole (a Roma, a Torino e a Verona).

L'Istituto Mario Negri ha infatti sviluppato un metodo di stima dei consumi di sostanze psicotrope a partire dalla misurazione, nelle acque reflue, dei principali residui metabolici escreti per via urinaria (sostanze parentali e/o metaboliti). Tale metodo è oggi applicato in numerose città europee e consente, in tempo reale, di valutare i consumi qualitativi e quantitativi, anche se limitati al periodo di rilevazione e non estendibili nel tempo e nello spazio.

Il pregio principale del metodo è di aiutare la stima della dimensione complessiva del consumo delle sostanze psicotrope.

La prima campagna analitica è stata effettuata in tutti i centri selezionati nei mesi di ottobre-novembre 2013. Sono stati raccolti 7 campioni giornalieri consecutivi in tutti gli impianti selezionati delle 17 città.

La seconda campagna analitica è stata effettuata nel mese di maggio 2014 in 6 città (nella città di Napoli i prelievi non sono stati effettuati a causa di un guasto sull'impianto di depurazione di Napoli Cuma). Sono stati di nuovo raccolti 7 campioni giornalieri consecutivi in tutti gli impianti campionati. Nella Tabella 1 sono riportate le città, le date di raccolta dei campioni e gli abitanti facenti capo all'impianto campionato.

Quest'ultimo dato serve per normalizzare le misure per un confronto tra le città, anche se i consumi rilevati non si riferiscono necessariamente ai residenti, dato il pendolarismo giornaliero in e fuori città e in e fuori impianto; tale fatto è stato ampiamente studiato in un lavoro per la Commissione europea, che ha valutato l'utilizzo del metodo per la stima non distorta del consumo locale (Sara Zuzzi, Carla Rossi & Gianpaolo Scalia Tomba, *Estimates of cocaine use in Milan*, *Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2), 165-175). Come si vede esaminando le città campionate (come rilevazione è stato scelto esclusivamente l'impianto più importante della città), non si può considerare il territorio nazionale campionato in modo rappresentativo. Solo una settimana di raccolta in un anno per quasi tutte le città, e due settimane solo per pochissimi impianti appaiono insufficienti a stimare il consumo annuale già per le singole città; tanto meno i consumi nazionali. Si tratta, comunque, di un progetto pilota ampio che conferma la validità scientifica del metodo e suggerisce un utilizzo, in casi particolari di interesse, per fornire una stima in tempo reale del consumo locale di particolari sostanze.

Nelle figure che seguono sono riportati i valori di consumo normalizzato per la popolazione residente nell'impianto, rilevati per le diverse sostanze nelle città capoluogo di regione. Come si vede, l'andamento delle misure ha una grande variabilità nei diversi giorni, confermando la non rappresentatività ai fini di stima del consumo annuale.

È anche possibile approfondire la variabilità giornaliera, che potrebbe essere dovuta sia a un consumo effettivamente diverso della popolazione, sia a modifiche di tale popolazione per

pendolarismo o altro.

Per poter utilizzare il metodo ai fini della valutazione del consumo di sostanze a livello nazionale, sarebbe necessario costituire una rete di rilevazione nazionale rappresentativa (come si fa per la stima del livello di pioggia con i pluviometri) e condurre la rilevazione periodicamente con una certa frequenza nel corso dell'anno, coprendo l'intero ciclo stagionale, anche per mettere in relazione il consumo rilevato in un anno con quello dell'anno successivo. Occorre anche tener conto del pendolarismo, in particolare per le grandi città, seguendo esperienze internazionali già note (Brian J. Stults & Matthew Hasbrouck. The effect of commuting on city-level crime rates, *J Quant Criminol*, 4 Febr. 2015, Springer, doi: 10.1007/s10940-015-9251-z). Occorre, inoltre, non limitarsi alla rilevazione in un solo impianto di depurazione, soprattutto per le grandi città, dove è alto anche il pendolarismo interno alla città.

In altre parole, i dati disponibili al momento sono sufficienti per la valutazione dell'affidabilità del metodo, ma possono essere solo indicativi del consumo complessivo in alcuni periodi e in alcuni luoghi, (Zuzzi, Rossi, Scalia Tomba, op.,cit.)

Un altro aspetto importante da mettere in luce è che la stima del consumo complessivo non permette, senza un opportuno e complesso modello ancora da realizzare, di stimare il numero di consumatori, dato che una stessa quantità di residui può derivare da un intenso consumo unitario concentrato su pochi o da un consumo unitario moderato ma diffuso su molti. In altre parole, non è possibile utilizzare il metodo basato sull'analisi delle acque reflue per stimare la c.d. "prevalenza di uso" nella popolazione, che è l'indicatore importante richiesto dall'Osservatorio europeo, che può essere stimata solo effettuando rilevazioni sulla popolazione generale di buona qualità. Inoltre, il metodo non può in alcun modo aiutare a stimare il poli-consumo, attualmente molto diffuso tra i consumatori, che può essere stimato solo attraverso indagini di popolazione qualitative.

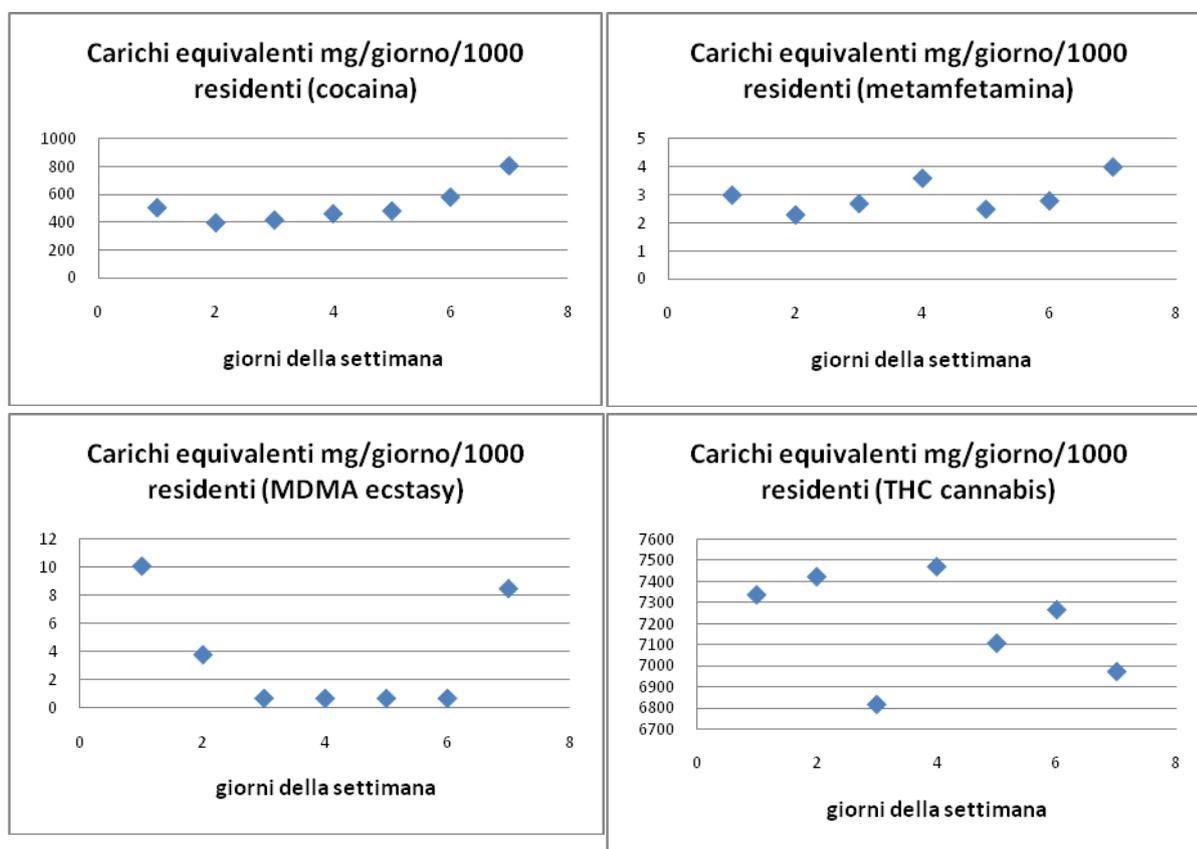
In definitiva, il metodo di stima del consumo dell'Istituto Mario Negri è molto importante per la stima di un altro indicatore che è la "dimensione del mercato". Per questo scopo andrebbe però applicato in modo rappresentativo e non limitato a rilevazioni locali e in brevi periodi.

Tabella 60: Campionamento rispetto alle città e al periodo di rilevazione

Città	Residenti nella zona dell'impianto di rilevazione	I periodo di raccolta dati	II periodo di raccolta dati
Bari	341.290	18/11/13-24/11/13	
Bologna	530.000	18/11/13-24/11/13	19/5/14-25/5/14
Cagliari	220.723	11/11/13-17/11/13	
Firenze	204.000	18/11/13-24/11/13	19/5/14-25/5/14
Gorizia	33.000	18/11/13-24/11/13	
Merano	75.000	11/11/13-17/11/13	
Milano	1.120.000	11/11/13-17/11/13	19/5/14-25/5/14
Napoli	650.000	11/11/13-17/11/13	
Nuoro	20.878	11/11/13-17/11/13	
Palermo	26.5050	11/11/13-17/11/13	19/5/14-25/5/14

Perugia (impianto Genna)	68.882	18/11/13-24/11/13	
Pescara	154.000	18/11/13-24/11/13	
Potenza	80.000	18/11/13-24/11/13	
Roma	1.279.098	2/12/13-8/12/13	9/6/14-15/6/14
Terni	100.000	18/11/13-24/11/13	
Torino	1.370.000	11/11/13-17/11/13	
Verona	287.000	11/11/13-17/11/13	19/5/14-25/5/14

Figura 86: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Bari



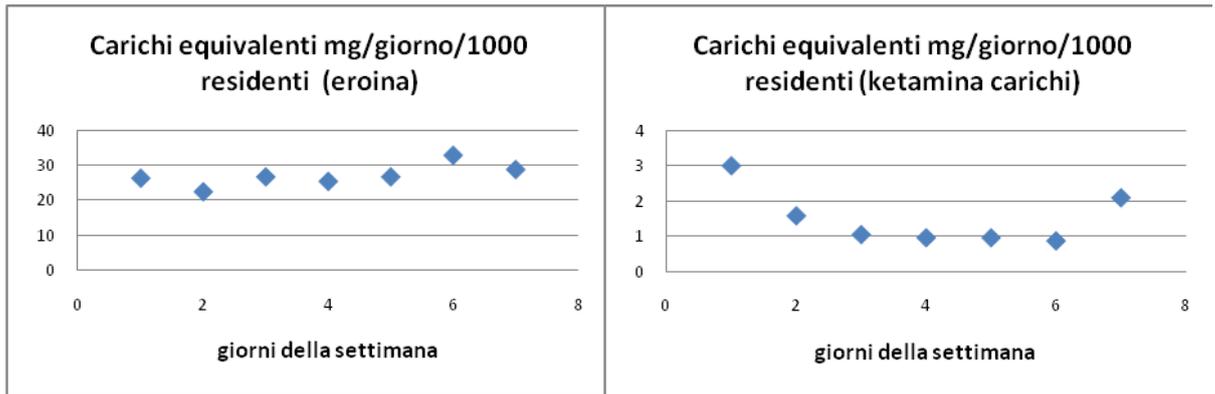
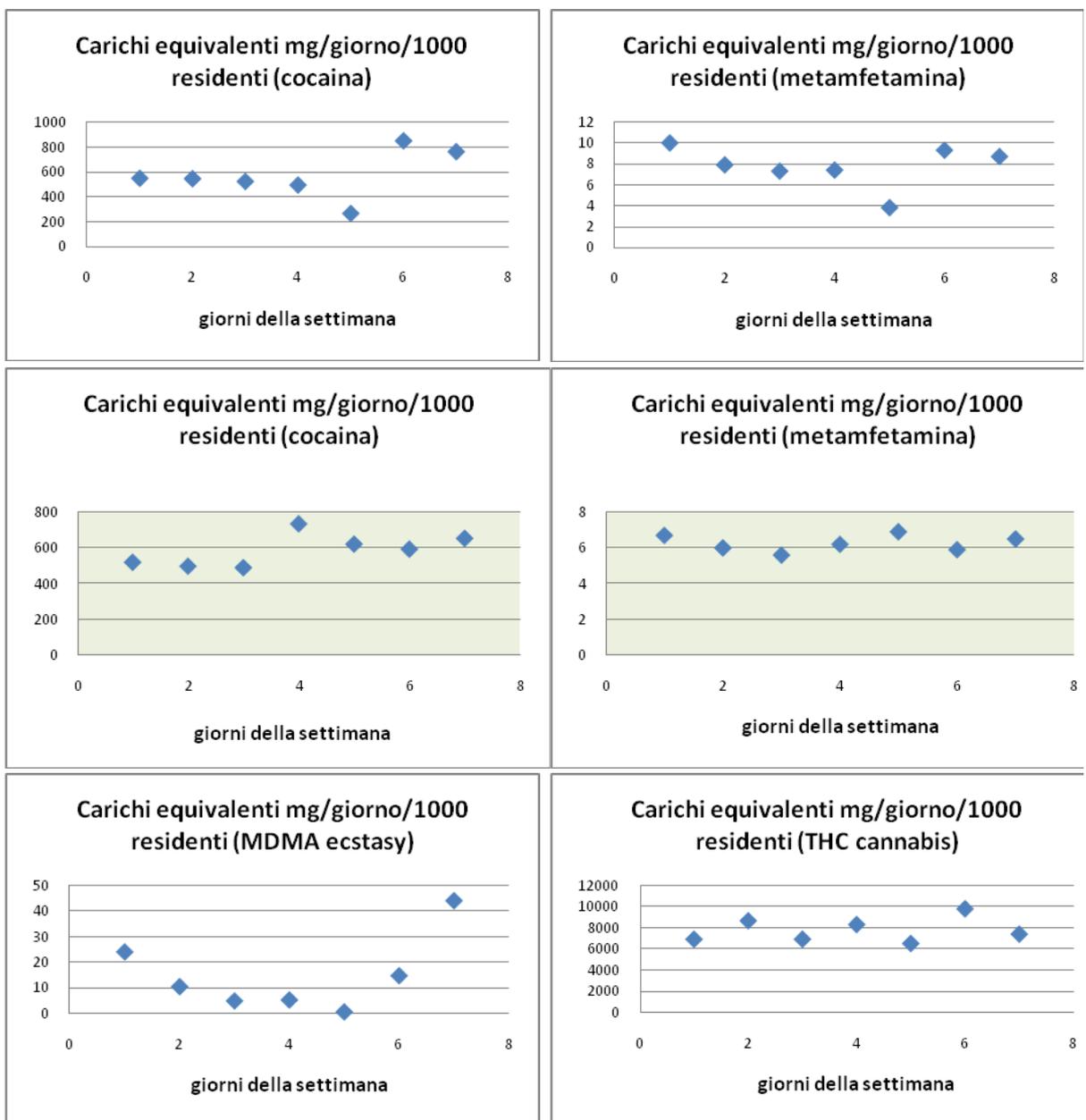
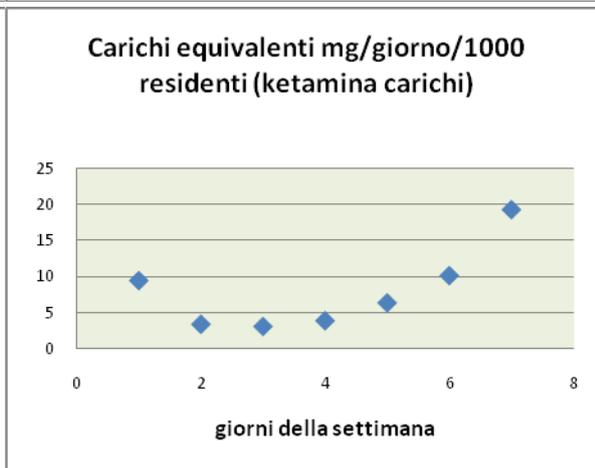
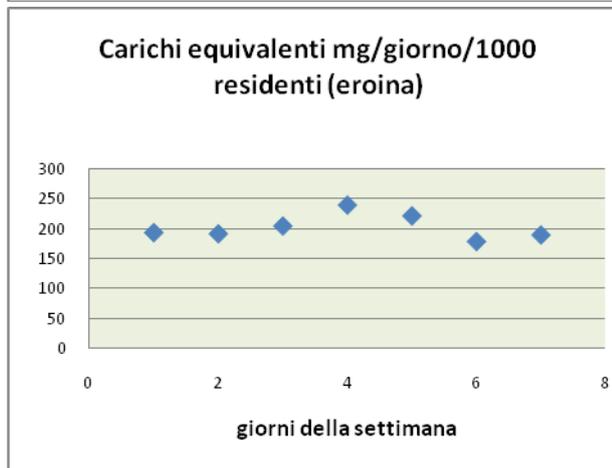
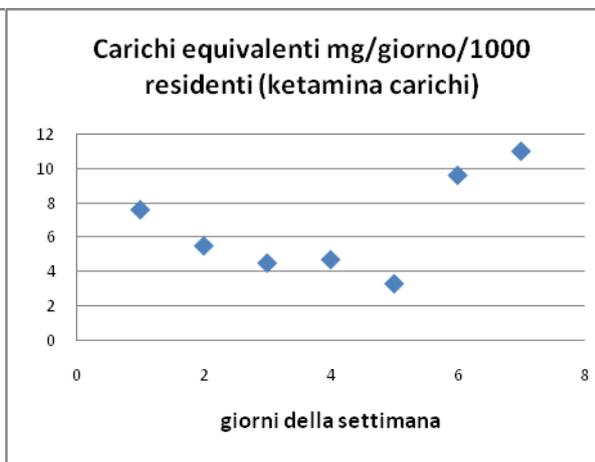
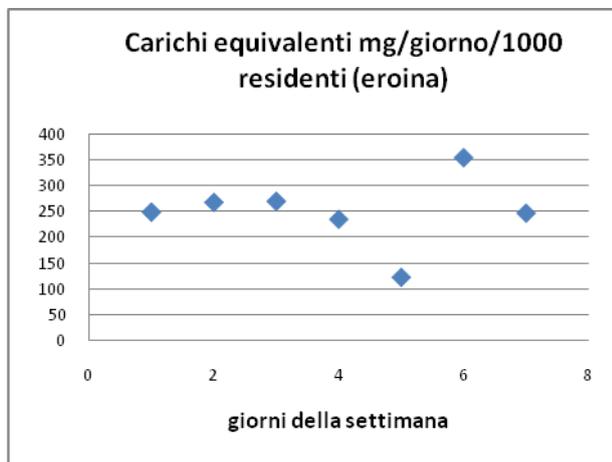
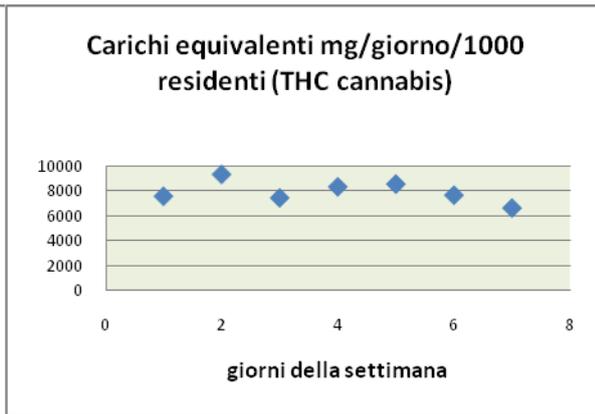
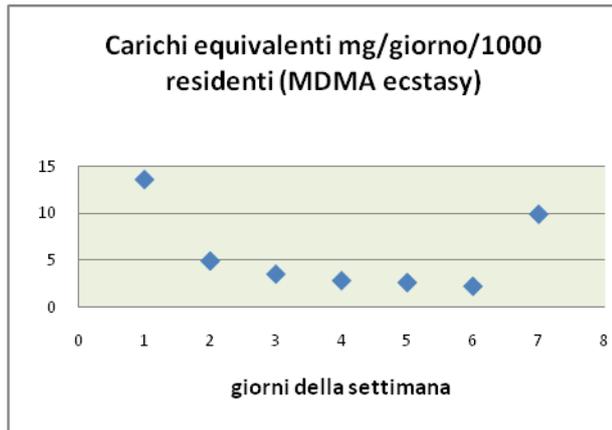


Figura 87: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Bologna





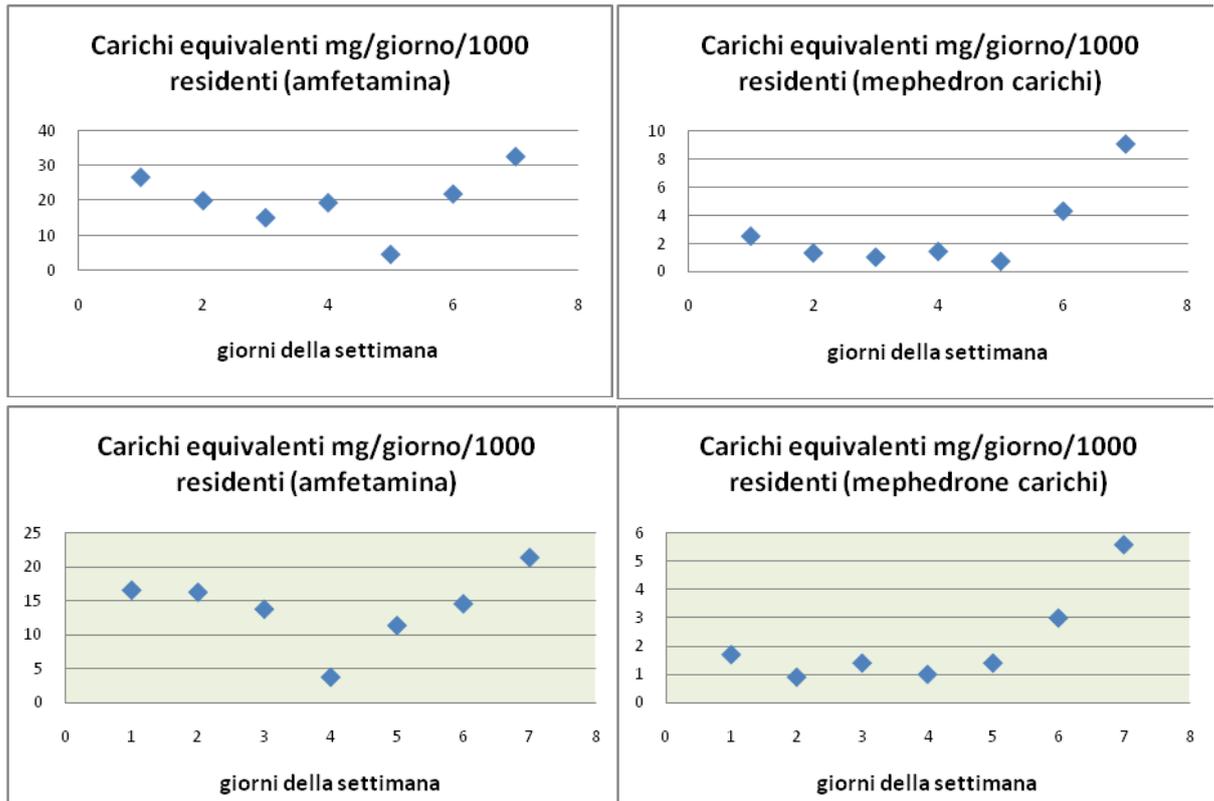
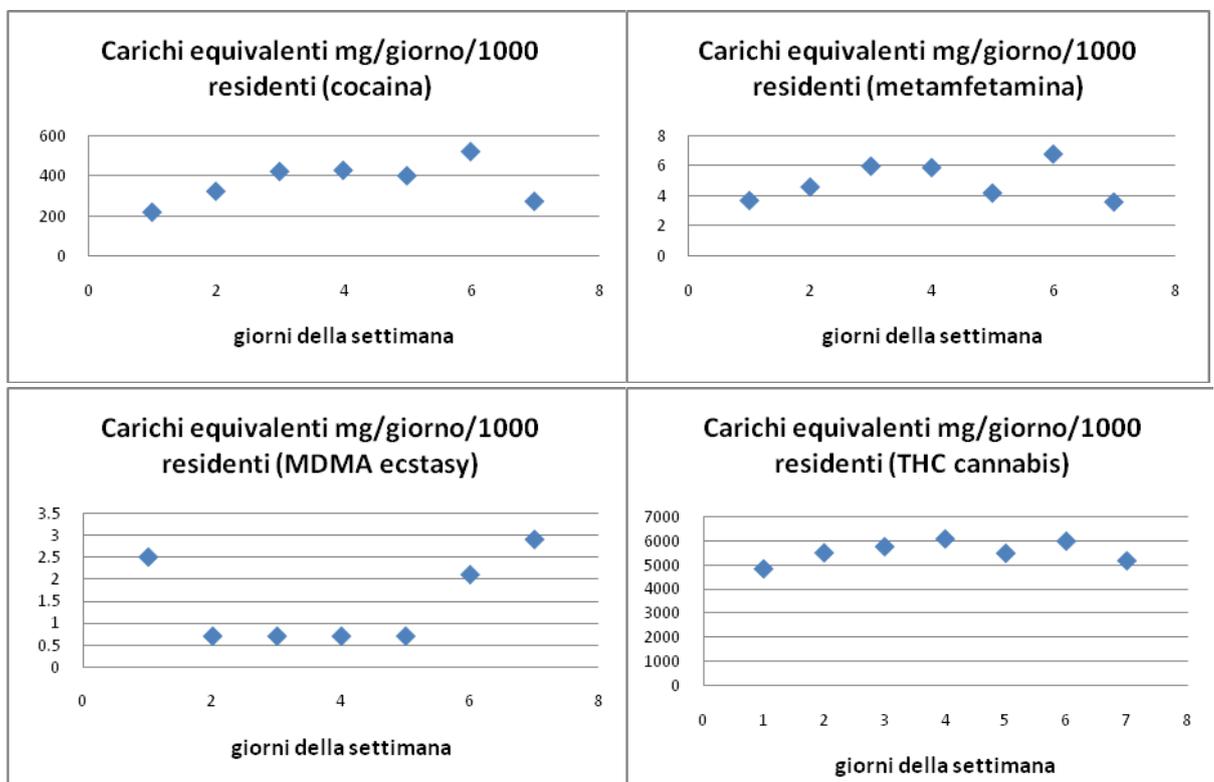


Figura 88: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Cagliari



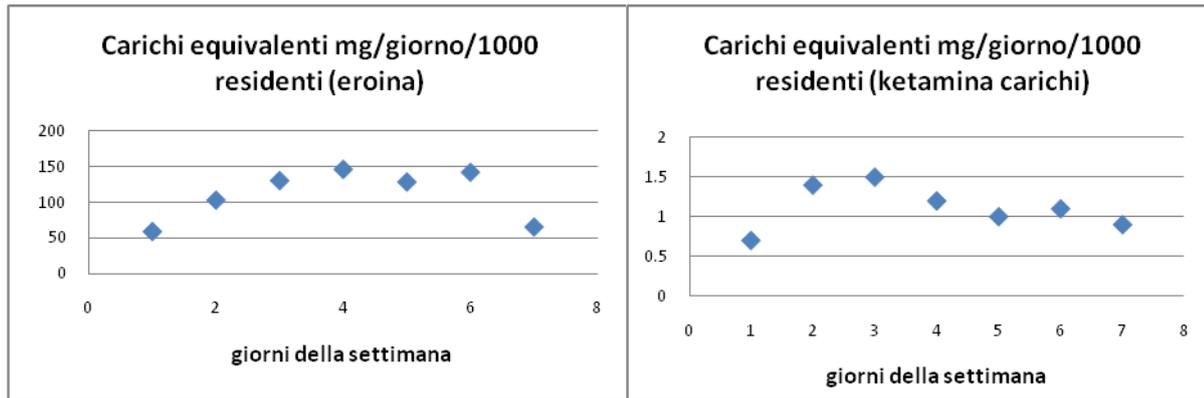
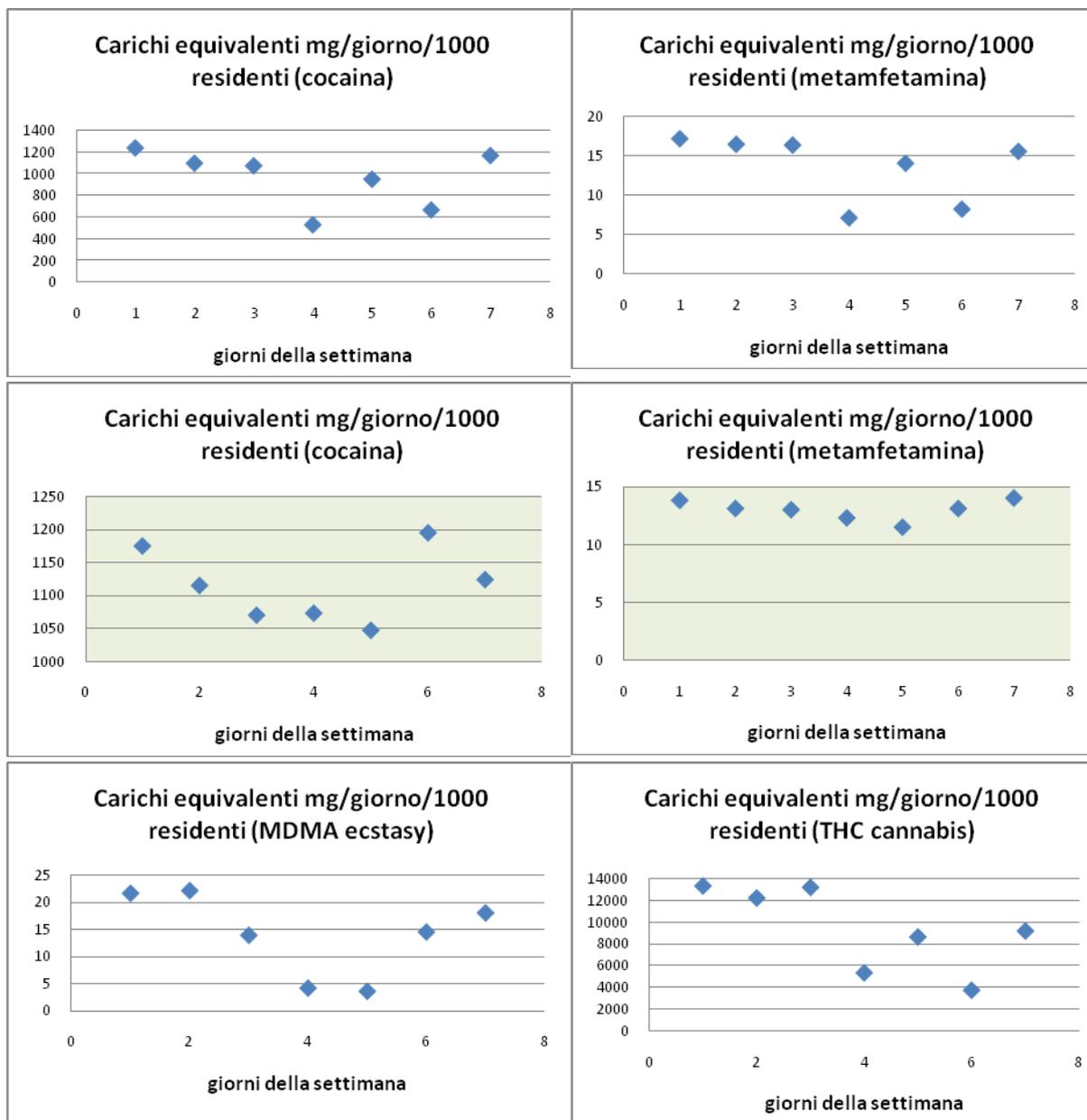
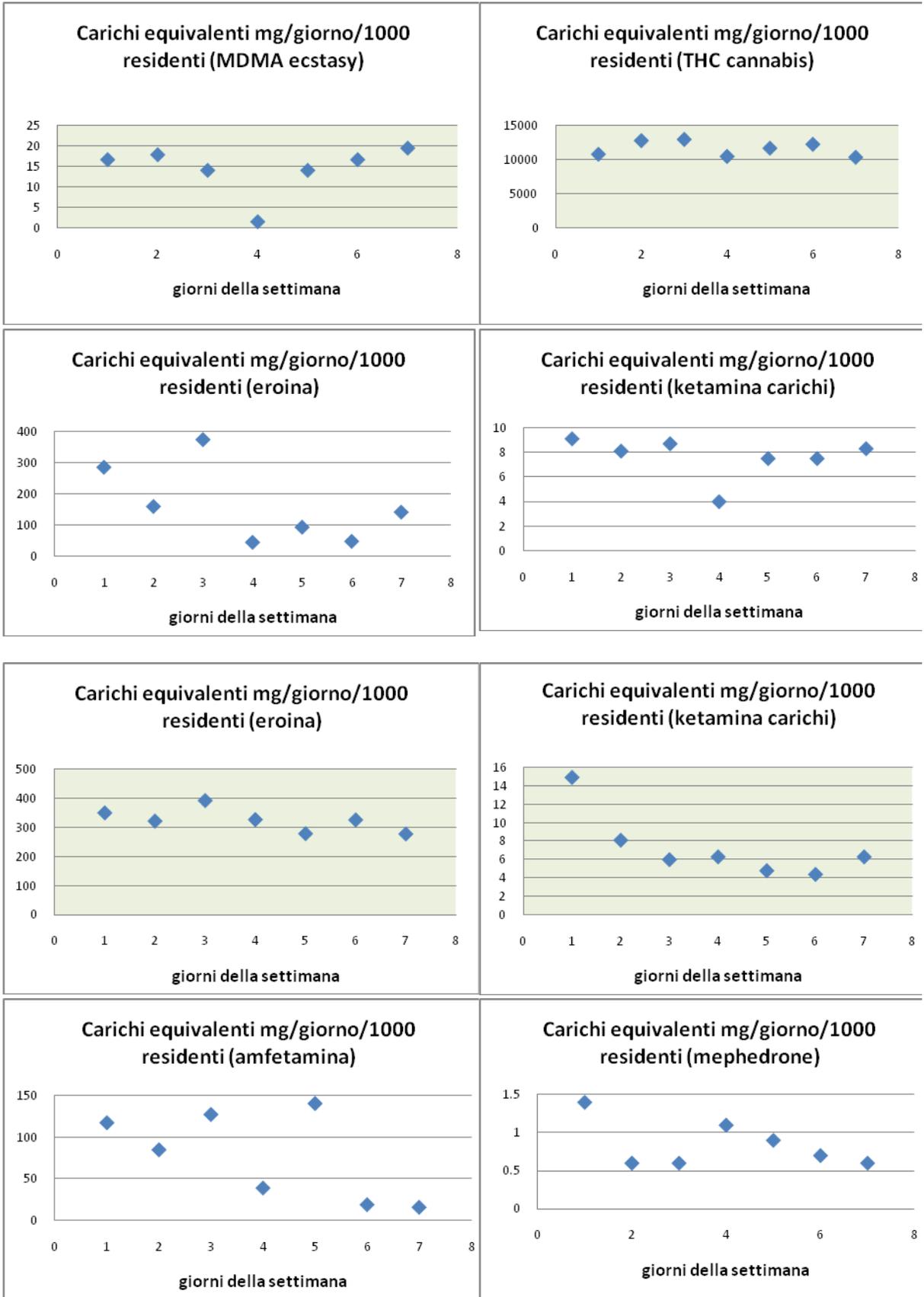


Figura 89: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Firenze





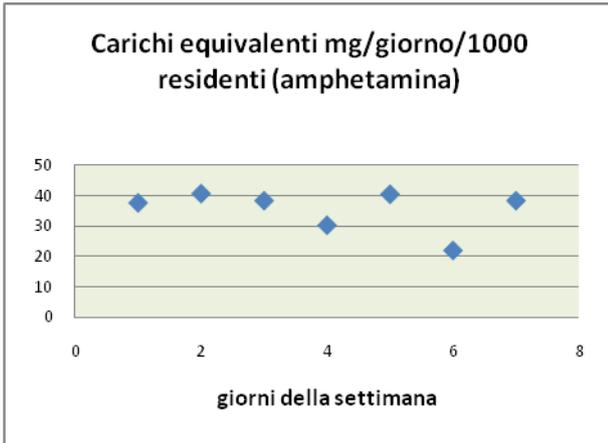
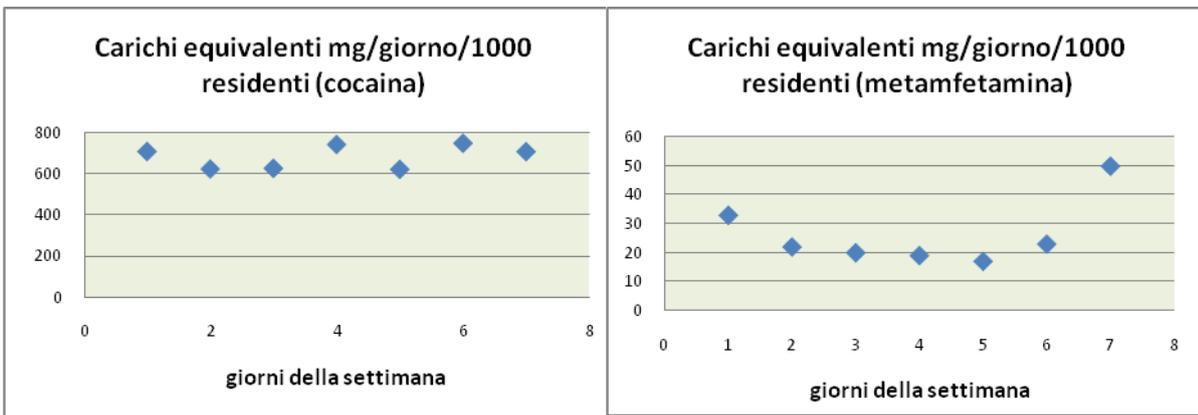
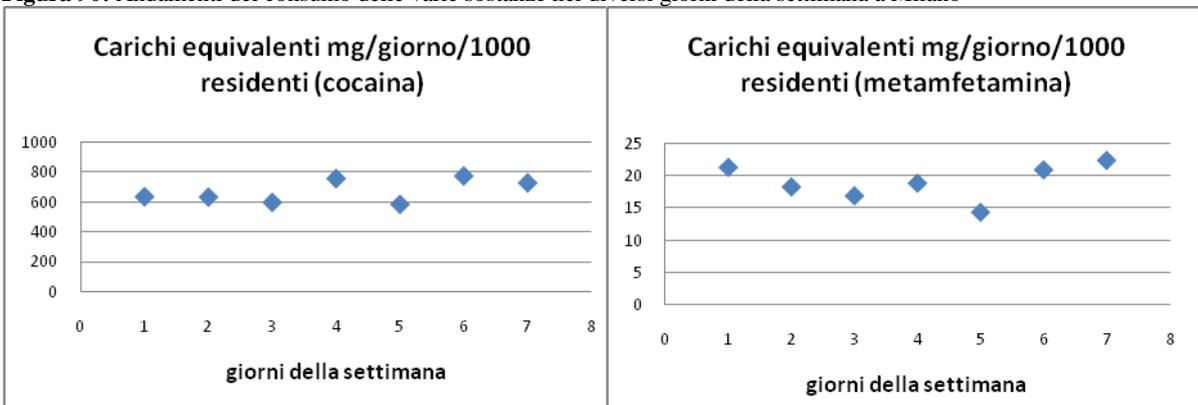
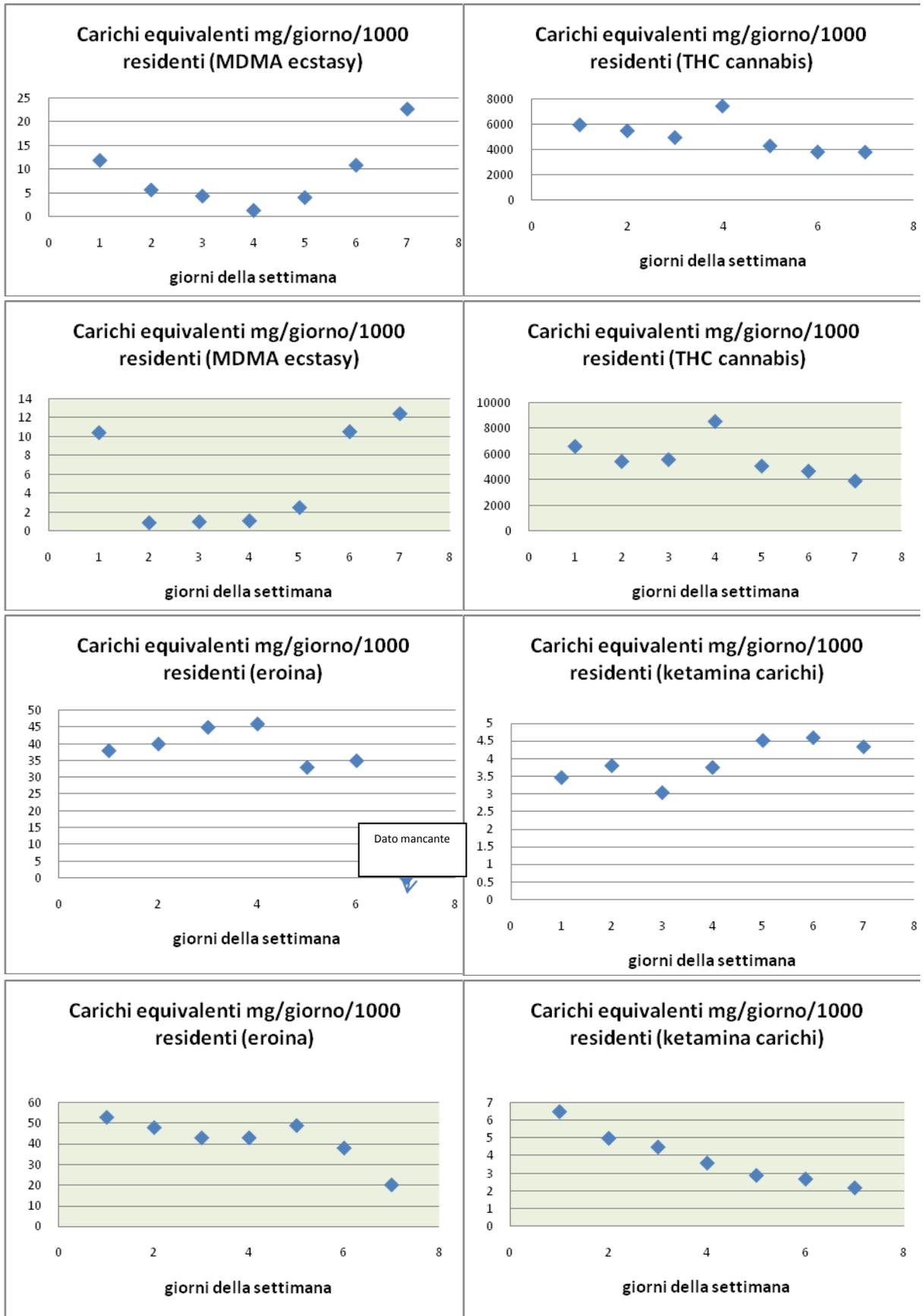


Figura 90: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Milano





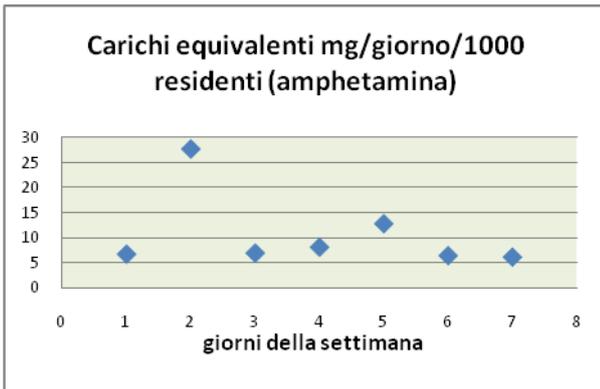


Figura 91: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Napoli

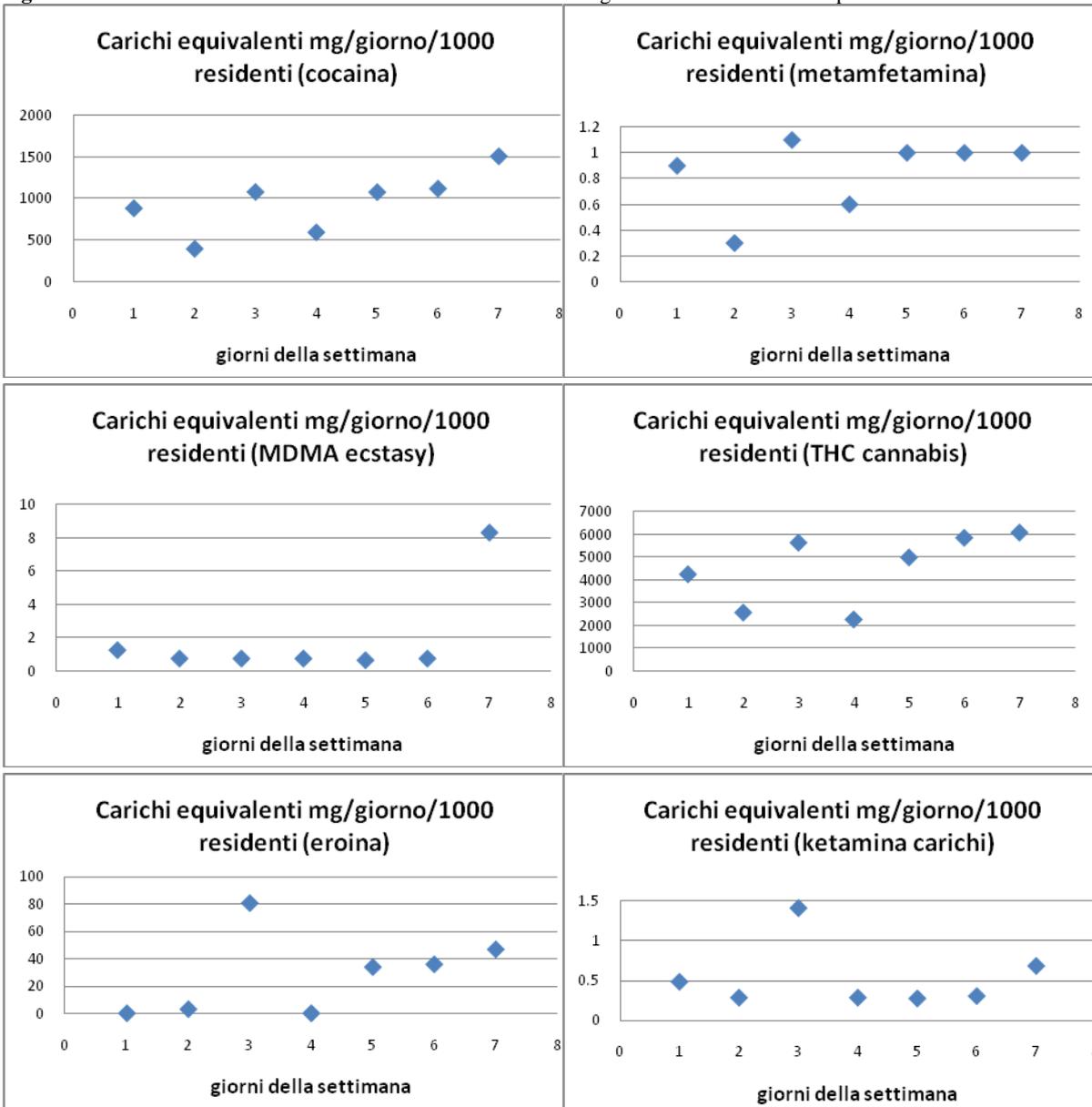
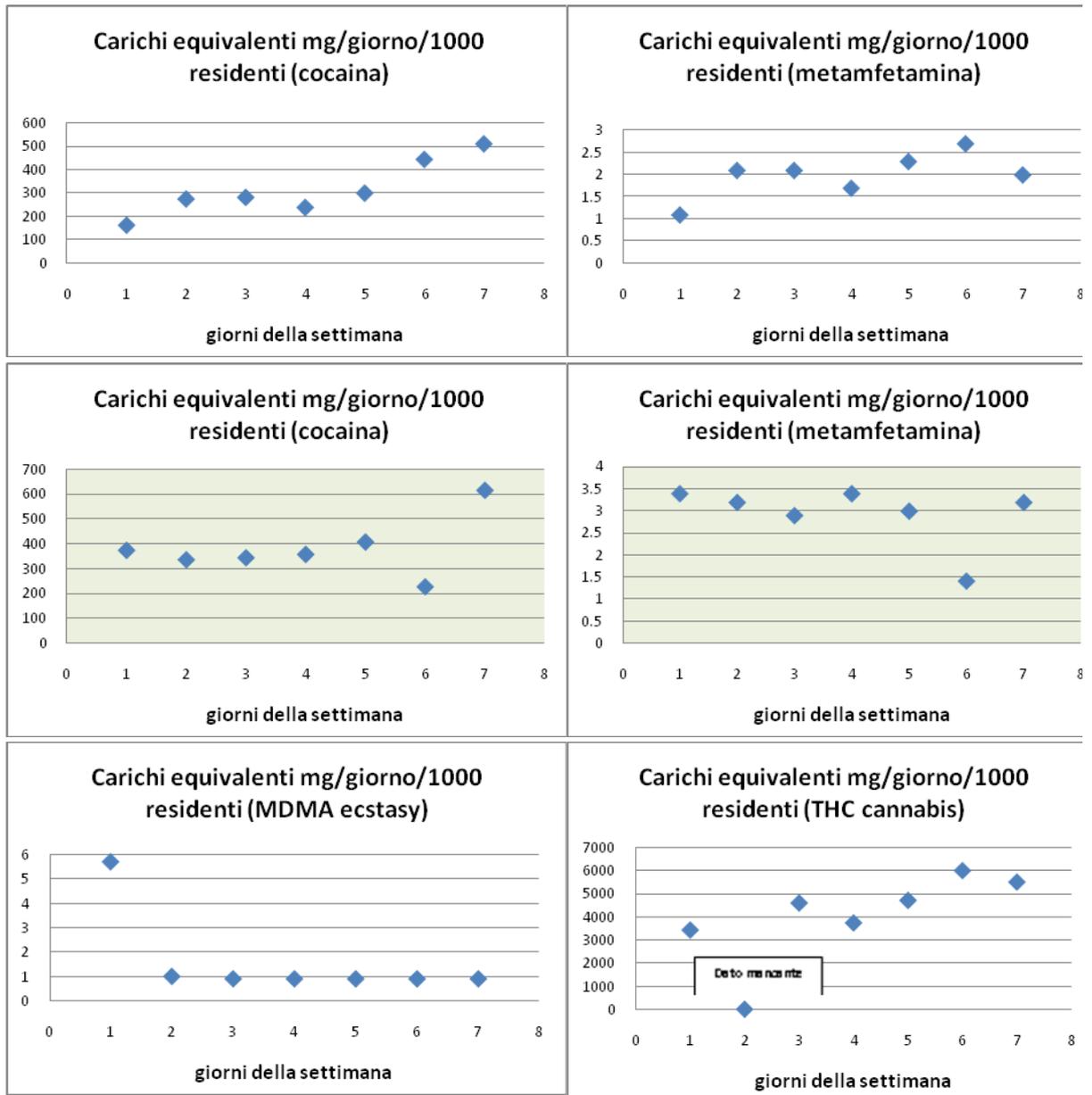


Figura 92: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Palermo



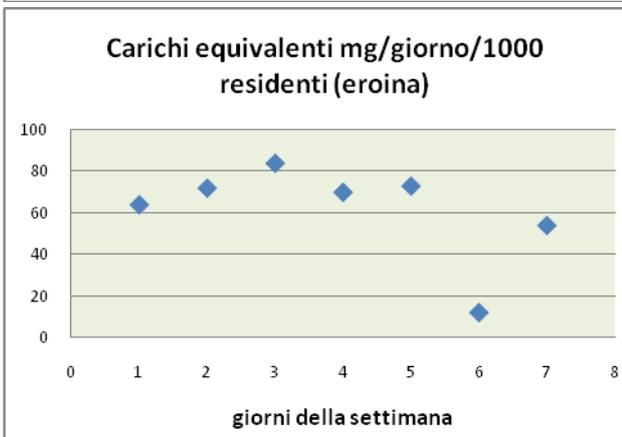
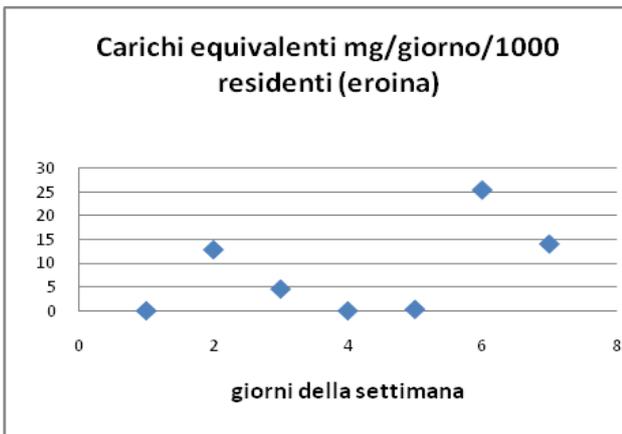
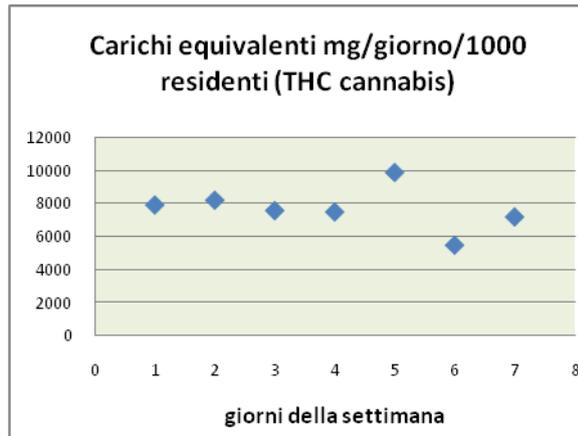


Figura 93: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Perugia (impianto di Genna)

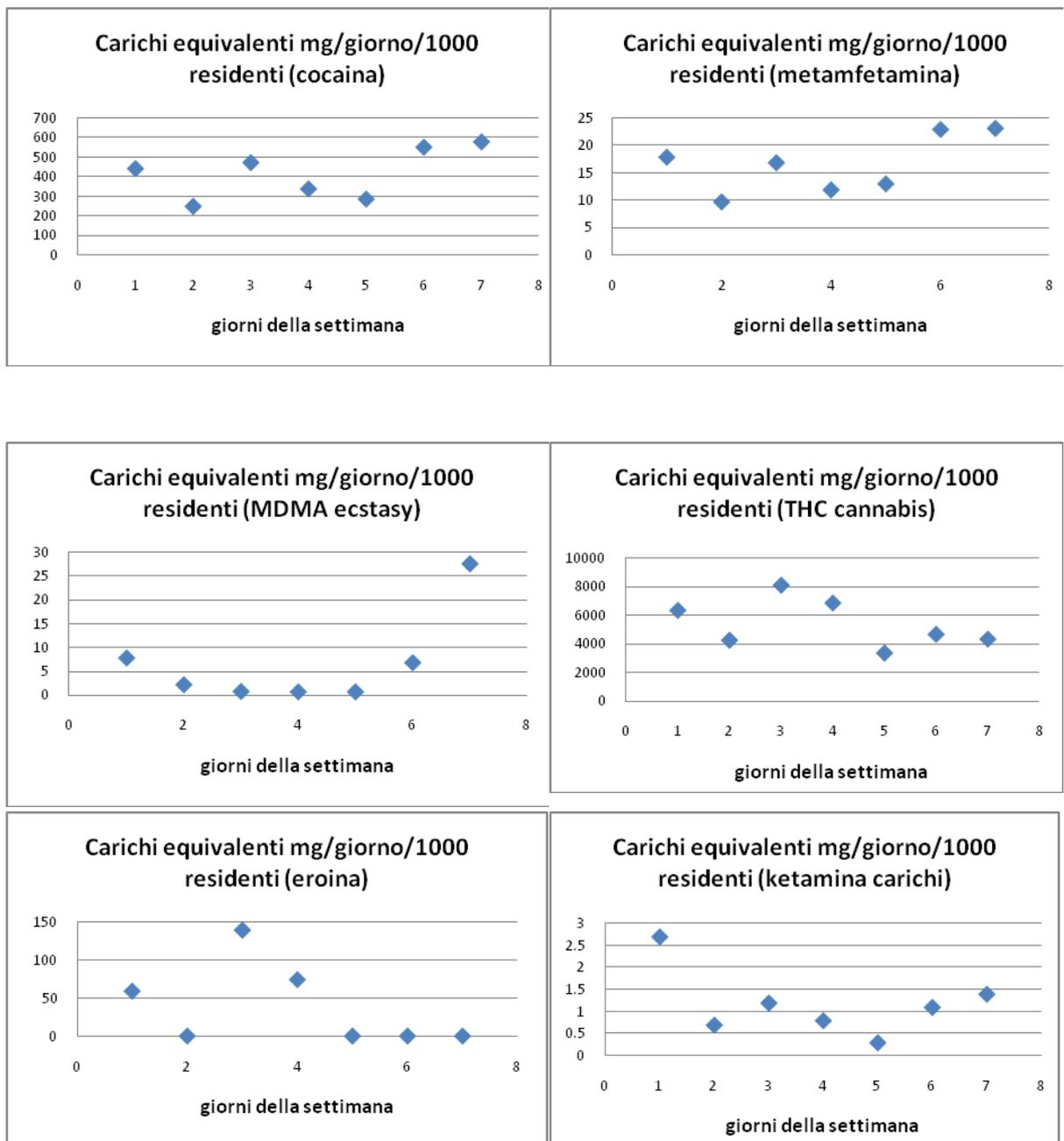


Figura 94: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Potenza

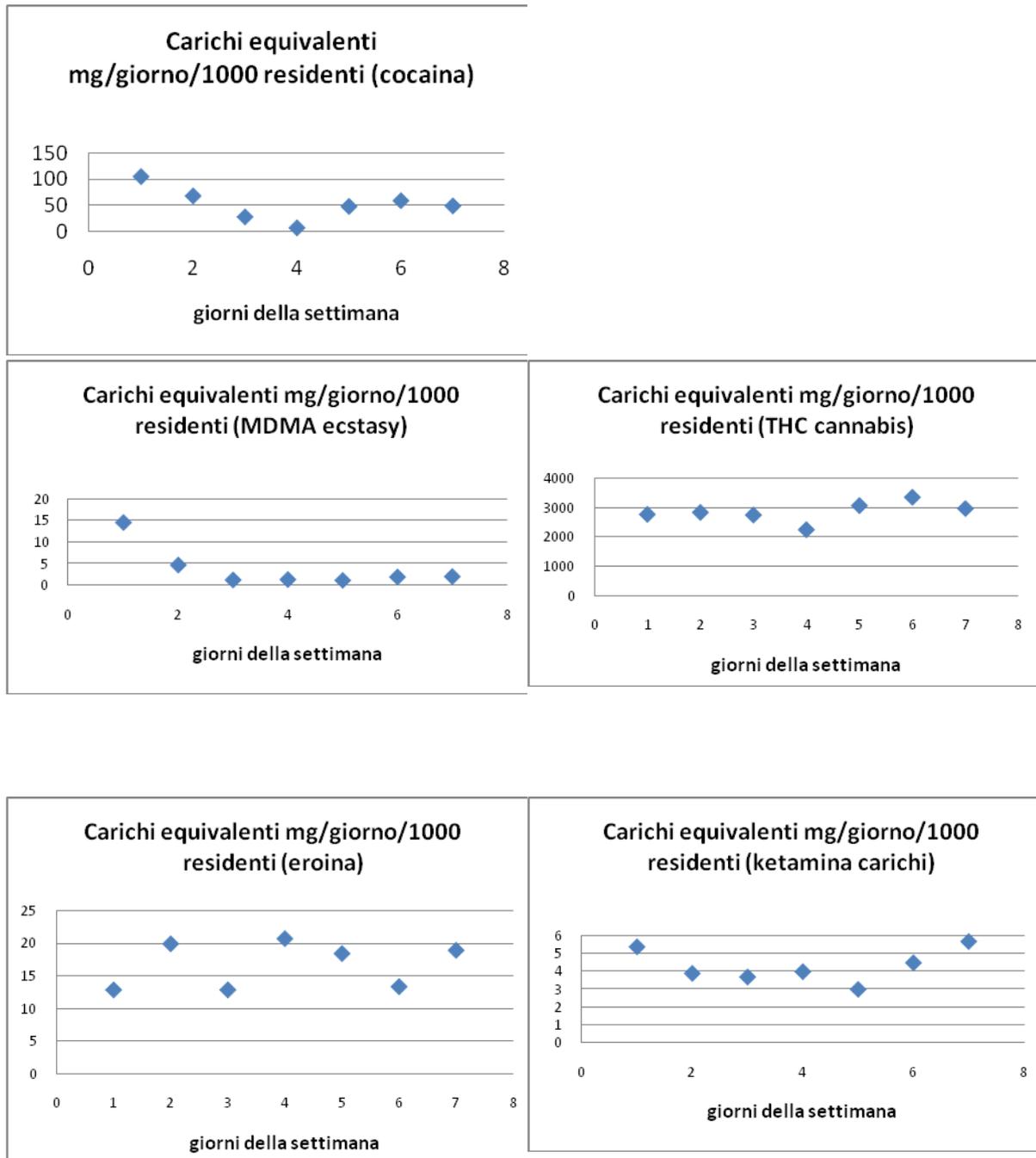
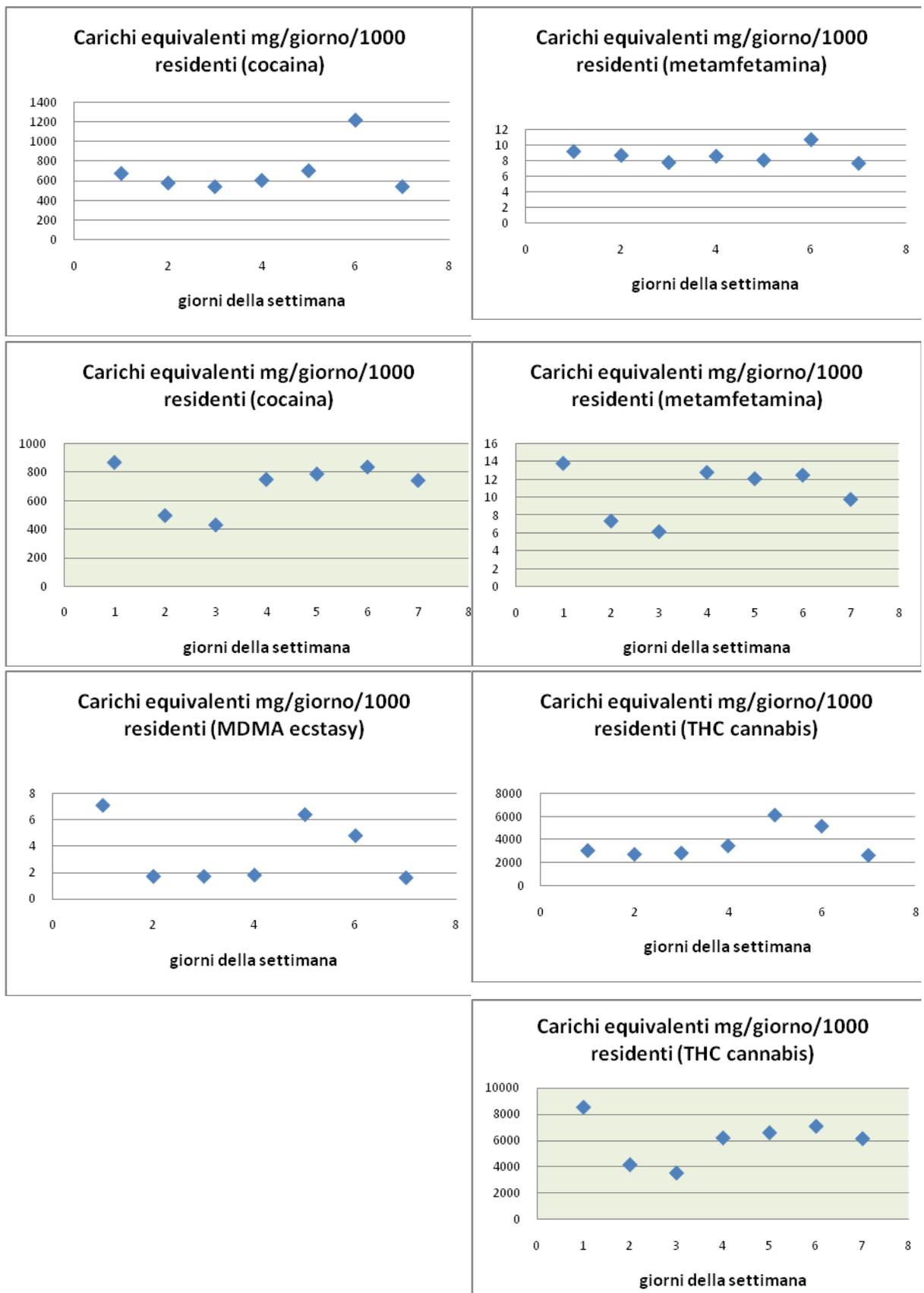


Figura 95: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Roma



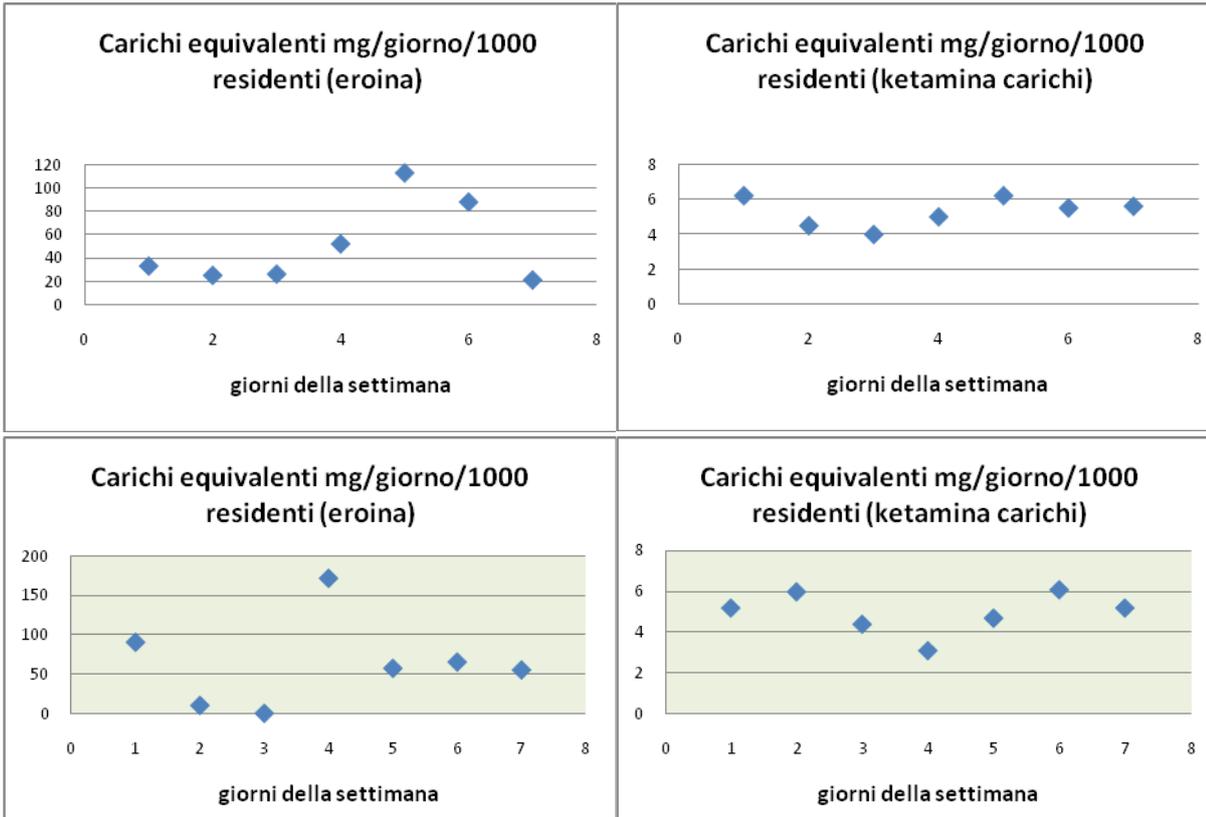
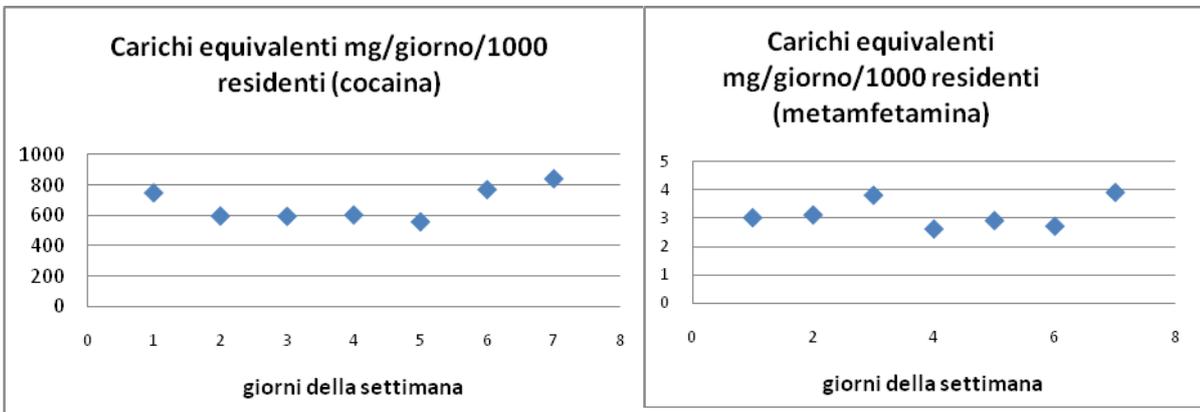
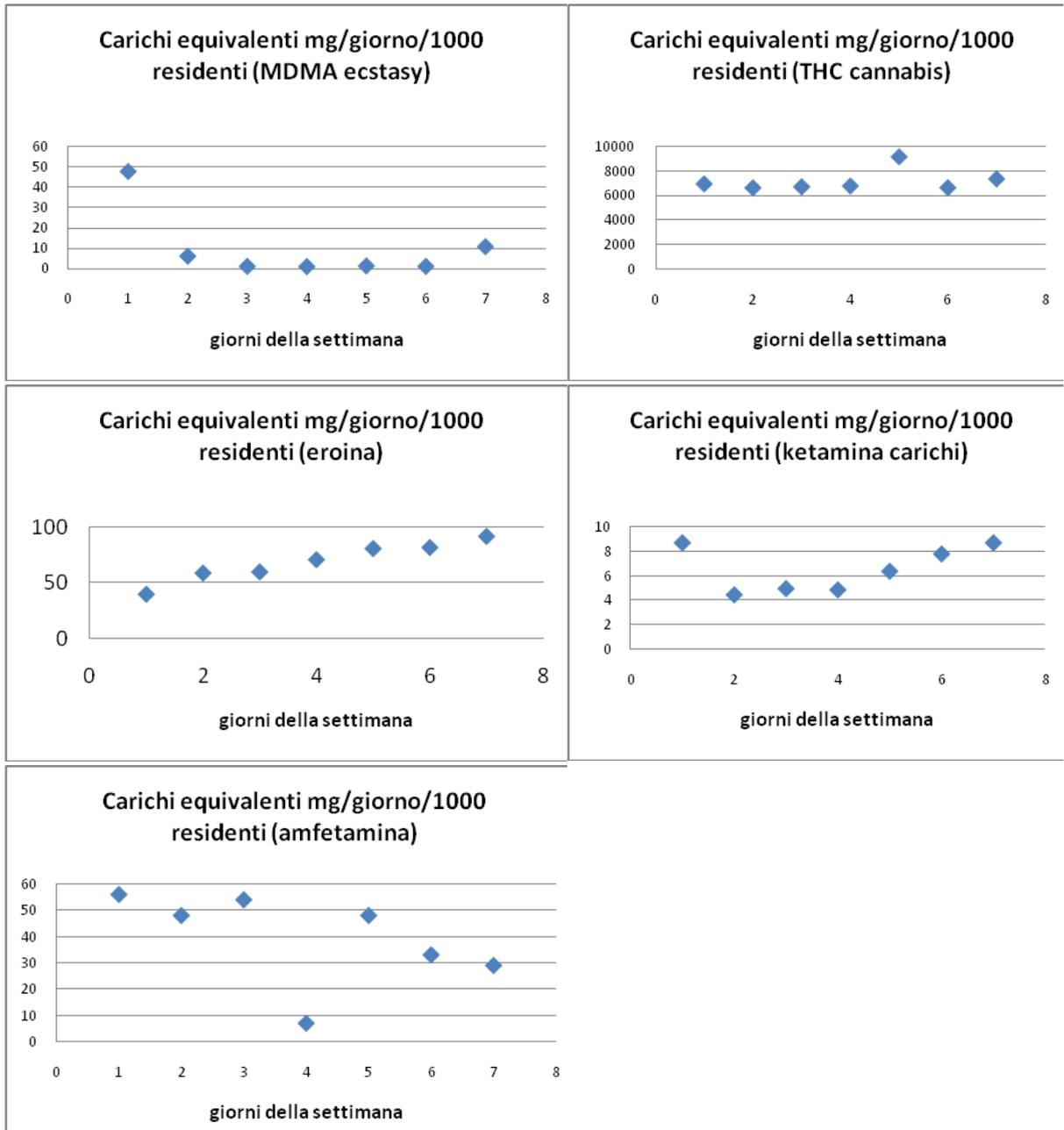


Figura 96: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Torino





Rilevazione Pilota presso 3 scuole superiori a Roma, Torino e Verona

Non è ragionevole scientificamente immaginare di ampliare in futuro a sufficienza la rilevazione per la stima del consumo delle sostanze psicotrope tra gli studenti. Questo perché, come dimostrato dall'indagine scolastica condotta regolarmente dal DPA (SPS), gli studenti che consumano maggiormente tendono a fare un numero maggiore di assenze da scuola. Inoltre, il numero di ore di presenza a scuola è limitato, con esclusione totale della domenica. In questo tipo di indagine un aspetto importante, che non viene rilevato, è la presenza di farmaci assunti senza prescrizione, che rappresenta la seconda "sostanza" assunta non legalmente dalle ragazze nella scuola superiore (SPS).

In ogni caso, per completezza, si riportano nella Tabella 2 i risultati, dove appare l'enorme

variabilità da un giorno all'altro a Roma e a Torino (il valore del coefficiente di variazione CV risulta maggiore di 150 inaccettabile per condurre una stima media con i dati rilevati). Il fenomeno opposto si rileva a Verona, in cui i dati sono molto più stabili, addirittura per la cocaina con CV pari a zero. In ogni caso solo i dati relativi alla cannabis a Torino e a Verona sono statisticamente accettabili, ma non utilizzabili per una stima del consumo. In particolare, risulta che il consumo normalizzato per gli studenti della scuola di Verona (0,0114) è significativamente maggiore di quello degli studenti della scuola di Torino (0,0036).

Tabella 61: Risultati assoluti nelle 3 scuole analizzate

Scuola di Roma

DOSI TOTALI (397 studenti)							Media	SD	CV
	Lunedì 02/12/13	Martedì 03/12/13	Mercoledì 04/12/13	Giovedì 05/12/13	Venerdì 06/12/13	Sabato 07/12/13			
Cocaina	0	0,003	0	0	0	0,025	0,005	0,01	200
Metamfetamina	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0	0	0	0	0	0,02	0	0,01	
THC	0,22	0,28	0,25	0,78	3,8	0,33	0,94	1,42	151,06

Scuola di Torino

DOSI TOTALI (990 studenti)							Media	SD	CV
	Lunedì 11/11/13	Martedì 12/11/13	Mercoledì 13/11/13	Giovedì 14/11/13	Venerdì 15/11/13	Sabato 16/11/13			
Cocaina	0,01	0,012	0,006	0,003	0,002	0,429	0,08	0,17	212,5
Metamfetamina	0,027	0,002	0,001	0,001	0,003	0,001	0,006	0,01	166,667
MDMA	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0,002	0,03	0,109	0,027	0,025	0,189	0,06	0,07	116,667
THC	2,5	2,7	3,2	2,9	4,5	5,9	3,6	1,3	36,111

Scuola di Verona

DOSI TOTALI (587 studenti)							Media	SD	CV
	Lunedì 11/11/13	Martedì 12/11/13	Mercoledì 13/11/13	Giovedì 14/11/13	Venerdì 15/11/13	Sabato 16/11/13			
Cocaina	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0	0
Metamfetamina	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0,051	0,041	0,044	0,041	0,059	0,061	0,05	0,009	18
THC	5,9	4,9	5	8,3	8	8,5	6,7	1,7	25,373

Bibliografia

- Bastiani L., Siciliano V., Curzio O., Luppi C., Gori M., Grassi M., Molinaro S. (2013). Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. *Addictive Behaviors*, 38(4):2060-7. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.12.016.
- Bates S.C., Cox J.M. (2008). The impact of computer versus paper-pencil survey, and individual versus group administration, on self-reports of sensitive behaviors. *Computers in Human Behavior*, 24, pp. 903-916
- Denniston, M. M., Brener, N. D., Kann, L., Eaton, D. K., McManus, T., Kyle, T. M., Roberts, A. M., Flint, K. H., Ross, J. G. (2010). Comparison of paper-and-pencil versus Web administration of the Youth Risk Behavior Survey (YRBS): Participation, data quality, and perceived privacy and anonymity. *Computers in Human Behaviour*, 26, 5 pp. 1054-1060
- Eaton D.K., Brener N.D., Kann L., Denniston M.M., McManus T., Kyle T.M., et al. (2010). Comparison of paper-and-pencil versus web administration of the Youth Risk Behavior Survey (YRBS): Risk behavior prevalence estimates. *Evaluation Review*, 34, pp. 137-153
- Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T. et al. (2012). The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf.
- Legleye S., Karila L., Beck F., Reynaud M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*; 12(4):233-242. DOI: 10.1080/14659890701476532).
- Legleye S., Janssen E., Beck F., Chau N., Khlat, M. (2011). Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. *Addiction*, 106(8):1520-31. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03447.x.
- Mammone A., Fabi F., Colasante E., Siciliano V., Molinaro S., et al. (2014). New indicators to compare and evaluate harmful drug use among adolescents in 38 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(4):343-58. DOI: 10.2478/nsad-2014-0027.
- Molinaro S., Siciliano V., Curzio O., Denoth F., Mariani F. (2012). Concordance and consistency of answers to the self-delivered ESPAD questionnaire on use of psychoactive substances. *Int J Methods Psychiatr Res*, 21(2):158-68. DOI: 10.1002/mpr.1353.
- Molinaro S., Siciliano V., Curzio O., Denoth F., Salvadori S., Mariani F. (2011). Illegal Substance Use among Italian High School Students: Trends over 11 Years (1999-2009). *PLoS One*, 6(6):e20482. DOI: 10.1371/journal.pone.0020482).
- Raat H, Mangunkusumo RT, Landgraf JM, Kloek G, Brug J. (2007) Feasibility, reliability, and validity of adolescent health status measurement by the Child Health Questionnaire Child Form (CHQ-CF): internet administration compared with the standard paper version. *Qual Life Res*. May;16(4):675-85. Epub 2007 Feb 8.
- 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. *Eur Addict Res*;16:202-207.
- Farcomeni, A. and Scacciatelli, D. (2013). *Heterogeneity and behavioural response in continuous time capture-recapture, with application to street cannabis use in Italy*, *Annals of Applied Statistics*, 7, 2293-2314.
- EMCDDA. Guidelines for the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at local level, Lisbon, 1999.

EMCDDA. Guidelines for the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at national level, Lisbon 2004.

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.

Mascioli F. and Rossi C. (2010). Capture-recapture methods to estimate prevalence indicators for evaluating drug policies, *UN Bulletin on Narcotics*, Volume LX, ,5-25.

Matthijs Blankers, Ph.D. Tom Frijns Vendula Belackova, Carla Rossi, Bengt Svensson, Franz Trautmann & Margriet van Laar. (2014) Predicting cannabis abuse screening test (CAST) scores: a recursive partitioning analysis using survey data from Czech Republic, Italy, the Netherlands and Sweden, *PLOS ONE* 2014.

Guido Mario Rey, Carla Rossi & Alberto Zuliani. Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche. Marsili editori, Venezia, 2011.

Reporting System Doping Antidoping – 2014. Commissione per la Vigilanza sul Doping – Ministero della Salute.

Sara Zuzzi, Carla Rossi & Gianpaolo Scalia Tomba, Estimates of cocaine use in Milan, *Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2), 165-175.

Brian J. Stults & Matthew Hasbrouck, (2015) The effect of commuting on city-level crime rates, *J Quant Criminol*, 4 Febr. 2015, Springer, doi: 10.1007/s10940-015-9251-z.

Capitolo 3. Comorbilità droga correlata

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istat

3.1 Diffusione di HIV - AIDS

3.1.1 Nuove diagnosi di infezione da HIV in consumatori di sostanze per via iniettiva

La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata istituita nel 2008 e dal 2012 ha copertura nazionale. Il Centro Operativo AIDS (COA) (Allegato 1) dell'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute (Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008; *Gazzetta Ufficiale* n. 175 del 28 luglio 2008).

A giugno di ogni anno il COA riceve dalle regioni (Allegato 1) i dati relativi all'anno precedente. Pertanto, nella presente relazione vengono riportati i dati fino al 2013 in quanto i dati del 2014 non sono ancora pervenuti al COA.

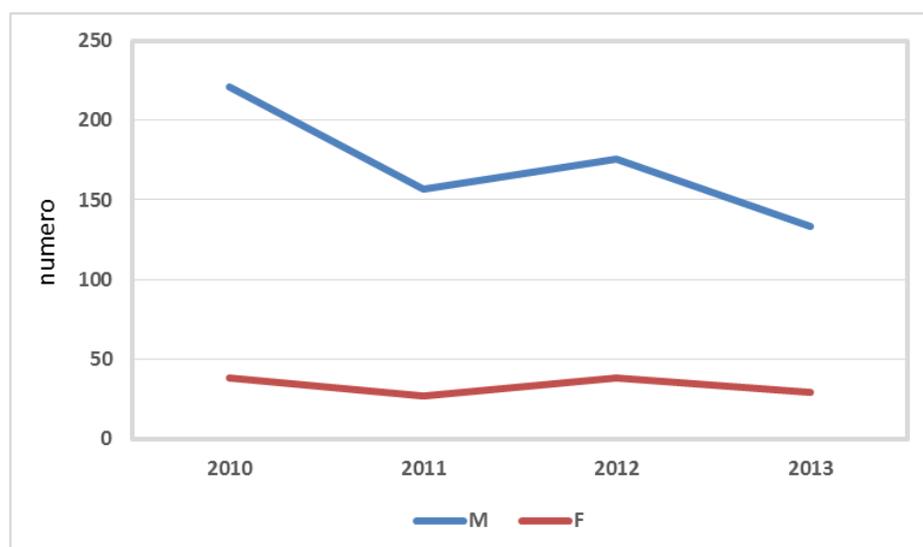
In questa Relazione vengono presentati i dati degli anni 2010-2013, periodo in cui la copertura del sistema di sorveglianza è stata maggiore del 98%.

Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra consumatori di sostanze per via iniettiva – Injecting Drug Users (IDU)

Nel periodo 2010-2013 sono state segnalate 820 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU; di queste il 79,9 % erano in maschi e il 20,0% in persone di nazionalità straniera. L'età mediana alla diagnosi di infezione da HIV, calcolata solo tra gli adulti (≤ 15 anni) era di 40 anni (intervallo interquartile (IQR): 34-46 anni) per i maschi e di 38 anni (IQR: 33-45 anni) per le femmine.

Dal 2010 al 2013, sono state segnalate, entro giugno 2014, rispettivamente 221, 157, 176 e 133 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU; il numero di nuove diagnosi registrato tra gli IDU maschi è 4/5 volte più alto di quello registrato tra le femmine (Figura 97). La diminuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV nell'ultimo anno è verosimilmente dovuta al ritardo di notifica.

Figura 97: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU(2010-2013)



Nuove diagnosi infezione da HIV tra gli IDU per regione di segnalazione e regione di residenza

La Tabella 62 riporta il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV registrato tra gli IDU per regione di segnalazione e per regione di residenza nel 2010, 2011, 2012 e 2013. La differenza tra il numero dei casi residenti e quello dei casi segnalati fornisce informazioni utili sulla mobilità dei consumatori e sull’offerta assistenziale di alcune regioni: nel 2013, le regioni che hanno un numero di casi residenti maggiore rispetto ai casi segnalati (Piemonte, Liguria, PA di Bolzano, Umbria, Campania, Basilicata) hanno “esportato” casi in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati rispetto ai casi residenti (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Sardegna) ne hanno “importati” da altre regioni. Nel 2013 più della metà delle segnalazione sono pervenute da quattro regioni: Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (11,7%) Campania (14,8%) e Toscana (9,9%).

Tabella 62: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per regione di segnalazione e regione di residenza (2010- 2013)

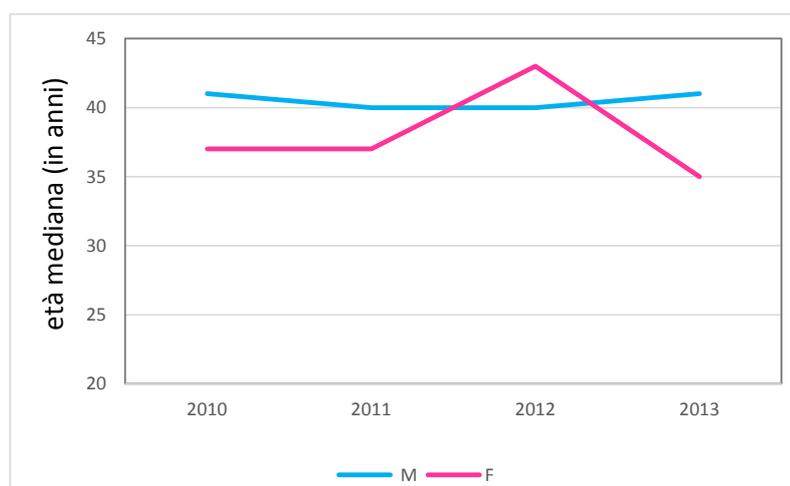
Regione	2010		2011		2012		2013			
	Segnalati	Residenti	Segnalati	Residenti	Segnalati	Residenti	Segnalati	% sul totale	Residenti	% sul totale
Piemonte	24	22	18	18	12	11	14	8,6	15	9,3
Valle d'Aosta	1	1	1	1	2	2	0	0,0	0	0,0
Liguria	6	33	5	37	6	31	3	1,9	35	21,6
Lombardia	30	7	37	1	32	3	37	22,8	0	0,0
Trento	7	1	6	1	4	3	1	0,6	1	0,6
Bolzano	1	11	1	4	3	11	1	0,6	4	2,5
Veneto	9	0	5	0	12	0	4	2,5	1	0,6

Friuli- Venezia Giulia	0	6	0	6	0	8	2	1,2	3	1,9
Emilia-Romagna	16	17	13	14	21	20	19	11,7	15	9,3
Toscana	26	22	15	12	12	10	16	9,9	14	8,6
Umbria	1	2	1	0	6	6	1	0,6	2	1,2
Marche	4	4	2	2	2	2	2	1,2	4	2,5
Lazio	18	14	24	16	17	15	15	9,3	9	5,6
Abruzzo	2	2	1	1	3	3	2	1,2	2	1,2
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	59	48	39	36	47	45	24	14,8	25	15,4
Puglia	10	12	5	5	12	12	6	3,7	6	3,7
Basilicata	1	1	0	0	0	1	0	0,0	2	1,2
Calabria	34	32	1	2	0	1	1	0,6	1	0,6
Sicilia	11	14	10	11	11	13	8	4,9	8	4,9
Sardegna	0	1	0	1	12	12	6	3,7	5	3,1
Residenza Estera		1		0		2			2	
Residenza Non Nota		9		16		3			8	
Totale	260	260	184	184	214	214	162	100	162	100

Età alla diagnosi di infezione da HIV negli IDU

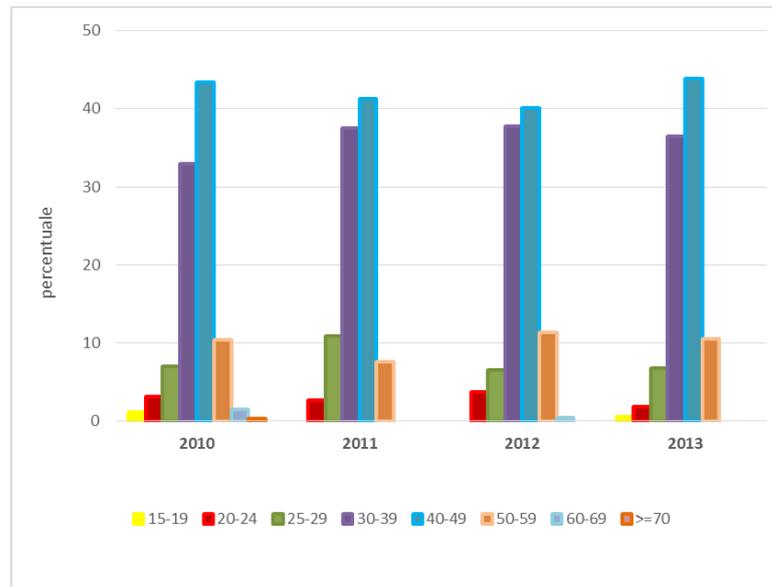
Dal 2010 si osserva un andamento costante dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU maschi: 41 anni (IQR: 34-46 anni) nel 2010 e 41 anni (IQR: 35-45 anni) nel 2013, mentre per le femmine si osserva una diminuzione dell'età mediana da 37 anni (IQR: 33-45 anni) nel 2010 a 35 anni (IQR: 30-44 anni) nel 2013, con un picco di 43 anni nel 2012 (Figura 98).

Figura 98: Età mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU (2010-2013)



La Figura 99 mostra la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU, per anno di diagnosi e per classe di età.

Figura 99: Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per anno di diagnosi e classe di età



Le classi di età 30-39 anni e 40-49 anni sono quelle più rappresentate, costituendo il 79% dei casi totali.

Numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di HIV tra gli IDU

I dati sul numero di linfociti CD4 riportati alla prima diagnosi di infezione da HIV, forniscono informazioni importanti sullo stato del sistema immunitario e sullo stadio clinico dell'infezione: quanto più basso il livello dei CD4 tanto più grave è lo stato di immunodepressione e tanto più è avanzata la malattia.

Nel 2013 il numero dei CD4 alla diagnosi è stato riportato per l'82,6% dei casi segnalati. Nel 2013 la regione Lazio non ha raccolto e inviato i dati relativi al numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di infezione da HIV. La completezza di questa variabile è diversa tra regioni e nel 2013 varia dal 13,9% del Molise al 100% della Valle d'Aosta, Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna.

Tabella 63: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per numero di CD4 alla diagnosi e per regione di segnalazione (2013)

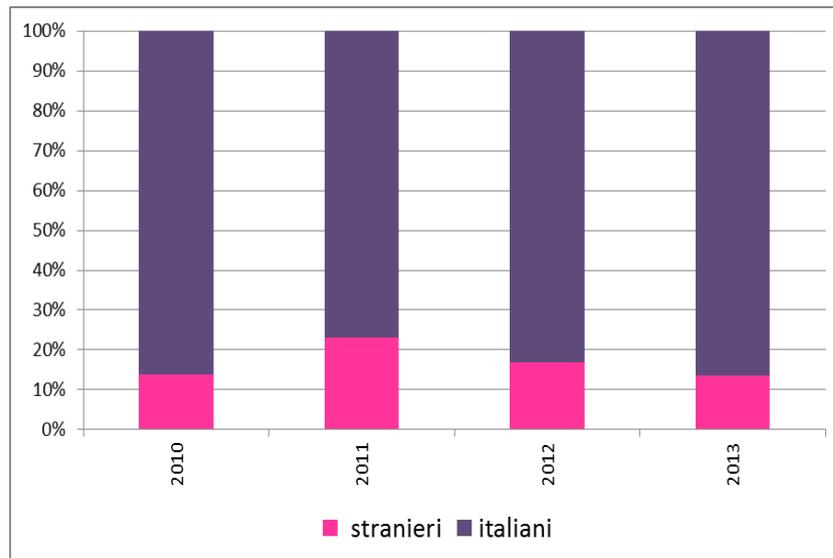
Anno 2013						
	numero di casi con CD4 riportati	completezza del dato (%)	CD4 < 200		CD4 < 350	
			n	%	n	%
Piemonte	59	86,8	21	35,6	30	50,8
Valle d'Aosta	4	100,0	1	25,0	1	25,0
Liguria	19	95,0	12	63,2	15	78,9
Lombardia	126	92,6	55	43,7	75	59,5
Trento	17	94,4	4	23,5	10	58,8
Bolzano	2	33,3	2	100,0	2	100,0
Veneto	23	76,7	5	21,7	11	47,8
Friuli Venezia- Giulia	2	100,0	1	50,0	1	50,0
Emilia - Romagna	69	100,0	30	43,5	39	56,5
Toscana	68	98,6	30	44,1	40	58,8
Umbria	9	100,0	2	22,2	3	33,3
Marche	9	90,0	5	55,6	6	66,7
Lazio	nn		nn		nn	
Abruzzo	7	87,5	5	71,4	5	71,4
Molise	0	0,0		0,0	0	0,0
Campania	169	100,0	59	34,9	95	56,2
Puglia	32	97,0	22	68,8	27	84,4
Basilicata	1	100,0	1	100,0	1	100,0
Calabria	5	13,9	4	80,0	4	80,0
Sicilia	38	95,0	22	57,9	28	73,7
Sardegna	18	100,0	9	50,0	9	50,0
Totale	677	82,6	290	42,8	402	59,4

Nel 2013 la proporzione di IDU con una nuova diagnosi di infezione da HIV diagnosticate con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/ μ L era del 42,8%, mentre quella di coloro che avevano un numero di CD4 inferiore a 350 cell/ μ L era del 59,4%.

Caratteristiche della popolazione straniera con nuova diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU

La proporzione di nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU stranieri varia da un minimo del 13,6% nel 2013 ad un massimo di 22,8% nel 2011.

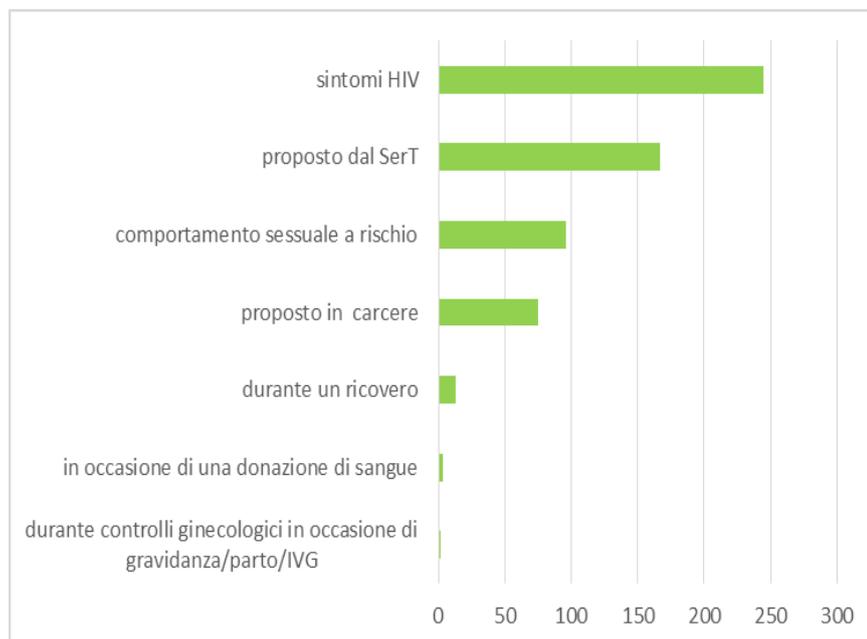
Figura 100: Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per nazionalità e anno di diagnosi



Nel 2013, 53,6% degli IDU stranieri con una nuova diagnosi di infezione da HIV proveniva dai paesi dell'Europa Centrale e Orientale, il 25,7% dall'Africa, il 5,7% dall'America meridionale, il 5,7% dall'Asia, il 5,0% dai paesi dell'Europa Occidentale. Nel 2013, il 77,7% degli IDU stranieri era costituito da maschi e l'età mediana alla prima diagnosi di infezione da HIV era di 34 anni (IQR 32,5-40,0) per i maschi e di 34 anni (IQR 26,5 - 34,5) per le femmine.

Motivo di effettuazione del test HIV

Nel 2013 il 40,8% degli IDU ha eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV - correlati; il 27,6% in seguito alla proposta degli operatori del Sert; il 16,0% in seguito a comportamenti sessuali a rischio; il 12,5% in seguito alla proposta degli operatori del carcere; il 2,2% ha eseguito il test in occasione di un ricovero; lo 0,3% in seguito a controlli specialistici legati alla riproduzione sia nella donna che nel partner (gravidanza, parto, interruzione volontaria della gravidanza, procreazioni medicalmente assistita) e lo 0,3% ha eseguito il test nell'ambito dello screening pre-donazione di sangue (Figura 101).

Figura 101: Motivo di esecuzione del test delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, 2013

3.1.2 Nuove diagnosi di AIDS in consumatori di sostanze di via iniettiva (Injecting Drug User – IDU)

In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il decreto del 28 novembre 1986 (DM n. 288), l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di Sorveglianza è gestito dal COA. In collaborazione con le regioni, il COA provvede alla raccolta e archiviazione nel Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), all'analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale.

I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al 1993, quelli della definizione di caso della World Health Organization (WHO) - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) del 1987 (2). A partire dal 1° luglio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo del WHO. Quest'ultima aggiunge alla lista iniziale di patologie, altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina (3).

Dati di mortalità AIDS

La segnalazione di decesso per AIDS non è obbligatoria. Per questo motivo, dal 2006, il COA in collaborazione con l'ISTAT e con l'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano ha avviato uno studio per aggiornare lo stato in vita di tutte le persone incluse nel Registro Nazionale AIDS.

I dati delle persone con AIDS diagnosticate tra il 1999 e il 2011 sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di record linkage, con quelli del registro di mortalità dell'ISTAT.

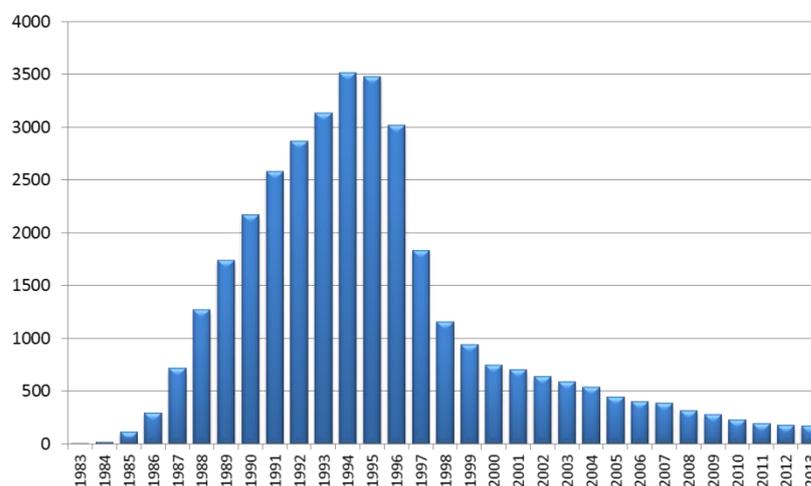
Pertanto, i dati sulla mortalità delle persone con AIDS sono stati validati fino al 2011, ultimo anno disponibile nel database di mortalità dell'ISTAT.

Distribuzione temporale dei casi di AIDS tra gli IDU

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, al 31 Dicembre 2013 sono stati notificati al COA 34.636 casi di AIDS in IDU. Di questi, 27.760 (80,1%) erano maschi, e 727 (2,1%) erano stranieri o di nazionalità non nota. L'età mediana alla diagnosi di AIDS era di 33anni per i maschi e di 32 anni per le femmine.

La Figura 102 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS in IDU segnalati al RNAIDS.

Figura 102: Numero dei casi di AIDS in IDU



La Tabella 64 riporta il numero dei casi di AIDS e dei deceduti gli IDU per anno di decesso. In totale, 26.414 persone risultano decedute al 31 Dicembre 2013.

Tabella 64: Distribuzione annuale dei casi di AIDS e dei decessi in IDU

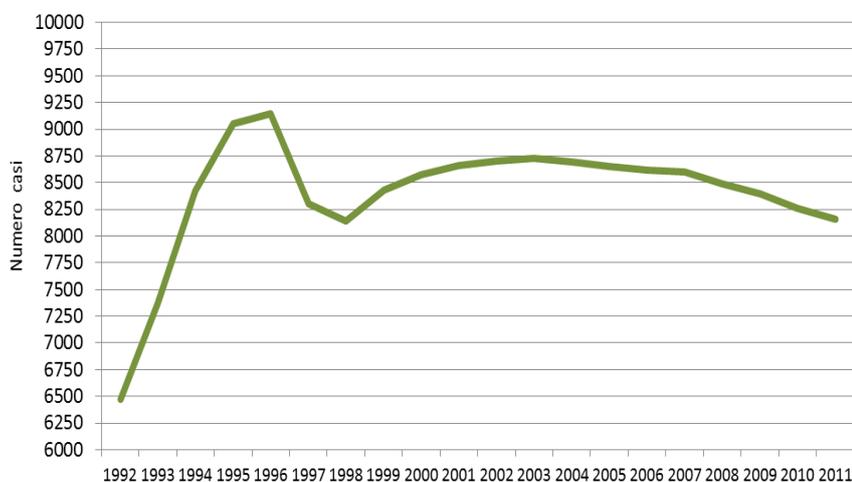
Anno di diagnosi	Casi IDU diagnosticati	IDU morti per anno di decesso
1983	1	0
1984	16	6
1985	115	51
1986	292	163
1987	714	363
1988	1.270	586
1989	1.740	969
1990	2.169	1.339
1991	2.583	1.817
1992	2.869	2.233

1993	3.136	2.469
1994	3.515	2.849
1995	3.479	2.925
1996	3.018	2.679
1997	1.832	1.316
1998	1.156	644
1999	937	603
2000	745	615
2001	700	594
2002	636	564
2003	586	573
2004	540	487
2005	445	432
2006	399	397
2007	383	430
2008	317	372
2009	275	357
2010	228	300
2011	191	281
2012	177	-
2013	172	-
Totale	34.636	26.414

Casi prevalenti di AIDS

I casi prevalenti in un determinato anno sono tutti i casi diagnosticati negli anni precedenti, più quelli diagnosticati nello stesso anno e vivi (anche per un solo giorno dell'anno considerato). Rappresenta il numero dei casi ancora viventi nell'anno considerato. Il numero dei casi prevalenti per anno di diagnosi viene mostrato in Figura 103. Il numero dei casi prevalenti è stato riportato fino al 2011, ultimo anno disponibile per il registro di mortalità dell'ISTAT (vedi sezione 'Dati di mortalità AIDS').

Figura 103: Numero dei casi di AIDS prevalenti in IDU



La distribuzione geografica

La Tabella 65 mostra il numero dei casi di AIDS tra gli IDU per regione di residenza e biennio di diagnosi (dati non corretti per ritardo di notifica). Come si osserva, le regioni più colpite sono nell'ordine: la Lombardia, il Lazio, l'Emilia-Romagna e il Piemonte. È evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese.

Tabella 65: Distribuzione del numero dei casi di AIDS in IDU per regione di residenza e per anno di diagnosi

Regione di residenza	Periodo di diagnosi								Totale
	<2000	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07	2008-09	2010-11	2012-13	
Lombardia	9.199	466	368	328	197	151	103	96	10.908
Lazio	3.464	172	173	127	105	78	55	48	4.222
Emilia Romagna	2.826	137	102	87	85	66	29	32	3.364
Piemonte	1.849	102	64	70	48	45	38	16	2.232
Liguria	1.739	75	74	53	52	44	26	23	2.086
Veneto	1.671	50	42	32	34	23	15	13	1.880
Toscana	1.494	63	57	41	50	46	19	14	1.784
Puglia	1.244	74	73	52	36	8	21	20	1.528
Sicilia	1.147	55	50	33	27	20	15	14	1.361
Sardegna	1.145	55	43	37	36	15	19	10	1.360
Campania	1.003	66	67	43	40	39	37	32	1.327
Marche	411	23	21	14	10	9	7	10	505
Calabria	287	18	14	8	7	4	10	.	348
Umbria	191	15	11	3	6	4	1	5	236
Abruzzo	173	9	7	12	7	5	3	4	220
Friuli Venezia Giulia	183	4	6	10	4	1	3	1	212
Trento	173	4	4	5	5	3	.	.	194
Bolzano	96	9	6	4	10	5	4	.	134
Basilicata	84	3	6	5	1	5	2	.	106
Val D'Aosta	32	2	1	1	.	1	1	.	38
Molise	19	1	.	2	.	.	.	3	25
Estera	74	5	9	3	9	1	4	1	106
Ignota	338	37	24	15	13	19	7	7	460
Totale	28.842	1.445	1.222	985	782	592	419	349	34.636

Le caratteristiche demografiche: età e genere

La Tabella 66 mostra la distribuzione dei casi di AIDS tra gli IDU per classe d'età e genere negli anni 1993, 2003, 2013 e nel totale dei casi notificati dall'inizio dell'epidemia (1982-2013). Il 70,3% del totale dei casi si concentra nella classe d'età 30-49 anni. In particolare, rispetto al 1993, è

aumentata in modo rilevante la quota di casi di età ≥ 40 anni: per i maschi dal 6,6% nel 1993 al 76,4% nel 2013 e per le femmine dal 5,4% nel 1993 al 85,3% nel 2013.

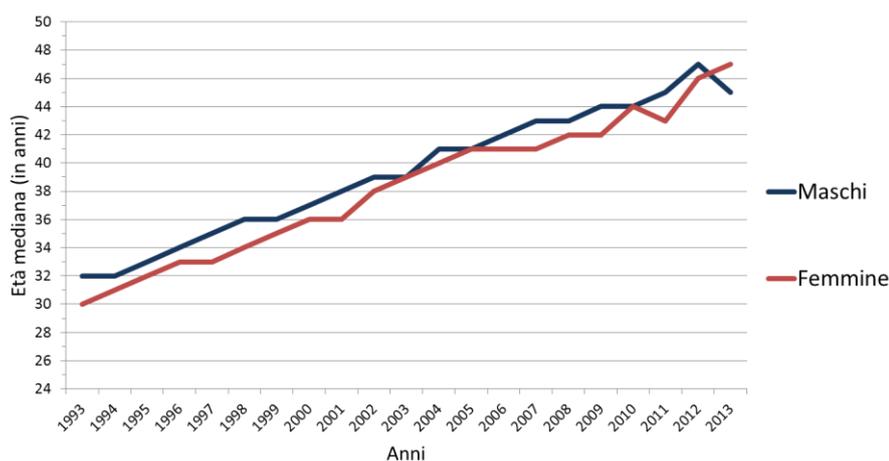
Tabella 66: Distribuzione dei casi di AIDS in IDU per classe di età e genere

Classe di età alla diagnosi		Maschi			Femmine			1982-2013		
		1993	2003	2013	1993	2003	2013	Totale	Maschi	Femmine
15-19 anni	%	0.0	0.0	0.8	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2
20-24 anni	%	1.9	0.0	2.3	3.7	0.0	0.0	4.6	4.0	7.1
25-29 anni	%	26.0	2.8	3.8	38.2	1.7	4.9	23.2	22.2	27.3
30-34 anni	%	46.0	9.9	4.6	38.3	15.7	2.4	34.0	34.3	32.6
35-39 anni	%	19.4	38.7	12.2	14.2	38.0	7.3	22.1	23.0	18.7
40-49 anni	%	6.2	45.4	50.4	4.9	41.3	46.3	14.2	14.6	12.4
50-59 anni	%	0.4	3.2	26.0	0.5	3.3	39.0	1.6	1.6	1.5
=>60 anni	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
Totale	N	2.518	465	131	618	121	41	34.636	27.760	6.876

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS tra gli IDU mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 1993 la mediana era di 32 anni per i maschi e di 30 per le femmine, nel 2013 le mediane sono salite rispettivamente a 45 e 47 anni (

Figura 104). Nell'ultimo decennio la proporzione di casi di AIDS di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 18-25% (dati non mostrati).

Figura 104: Età mediana dei casi di AIDS in IDU e genere



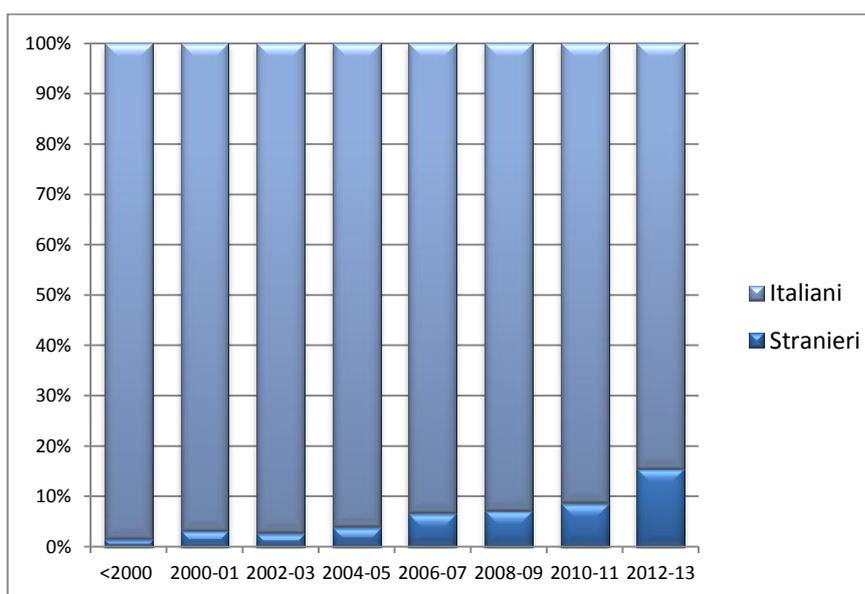
Casi di AIDS tra gli IDU stranieri

La proporzione di casi di AIDS tra gli IDU stranieri è aumentata nel tempo e è passata dal 2,4% nel biennio 2000-01 al 14,9% nel biennio 2012-13 (Figura 105). La loro area di provenienza è mostrata nella Tabella 67.

Tabella 67: Distribuzione dei casi di AIDS in IDU per nazionalità e periodo di diagnosi

Area Geografica di Provenienza		Periodo di diagnosi								Totale
		<2000	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07	2008-09	2010-11	2012-13	
AFRICA	N	95	18	19	16	20	16	12	8	204
	%	0.3	1.2	1.6	1.6	2.6	2.7	2.9	2.3	0.6
AMERICA CENTRO/MERIDIONALE	N	108	5	2	4	4	5	2	9	139
	%	0.4	0.3	0.2	0.4	0.5	0.8	0.5	2.6	0.4
AMERICA SETTENTRIONALE	N	8	.	.	.	.	1	.	.	9
	%	0.0	.	.	.	.	0.2	.	.	0.0
ASIA	N	16	1	1	2	4	3	3	4	34
	%	0.1	0.1	0.1	0.2	0.5	0.5	0.7	1.1	0.1
EUROPA	N	126	5	4	3	4	5	6	15	168
	%	0.4	0.3	0.3	0.3	0.5	0.8	1.4	4.3	0.5
EUROPA EST	N	32	5	6	2	12	9	13	16	95
	%	0.1	0.3	0.5	0.2	1.5	1.5	3.1	4.6	0.3
ITALIA	N	28.415	1.399	1.189	948	730	550	383	295	33.909
	%	98.5	96.8	97.3	96.2	93.4	92.9	91.4	84.5	97.9
NON NOTA	N	42	12	1	10	8	3	.	2	78
	%	0.1	0.8	0.1	1.0	1.0	0.5	.	0.6	0.2
Totale	N	28.842	1.445	1.222	985	782	592	419	349	34.636

Figura 105: Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di AIDS in IDU, per nazionalità e periodo di diagnosi



Patologie indicative di AIDS

La Tabella 68 riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre diagnosi di AIDS tra gli IDU per biennio di diagnosi. I dati relativi alla distribuzione delle patologie indicative di AIDS fanno riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico. Per ogni caso può essere indicata più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, vengono considerate un massimo di sei, diagnosticate entro 60 giorni dalla prima.

Rispetto agli anni precedenti al 2000, si osserva negli ultimi anni una riduzione della toxoplasmosi cerebrale e viceversa, è aumentata la quota di diagnosi di Wasting syndrome, tubercolosi polmonare e di linfomi.

Tabella 68: Frequenza relativa delle patologie 13 indicative di AIDS in IDU e per periodo di diagnosi

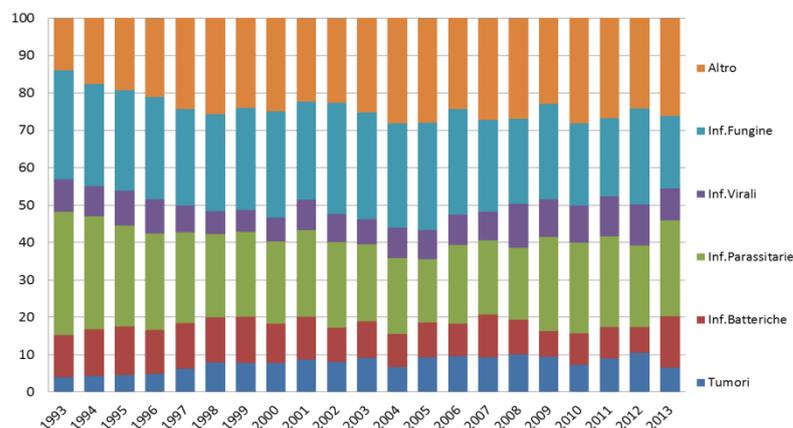
		Periodo di diagnosi								Totale
		<2000	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07	2008-09	2010-11	2012-13	
Candidosi (polm. e esofagea)	%	25.6	24.5	25.7	26.2	23.3	20.8	19.5	21.2	25.3
Polmonite da PneumocystisCarinii	%	19.6	14.8	14.8	13.3	15.5	14.8	18.1	17.7	18.9
Toxoplasmosi cerebrale	%	8.6	6.2	6.2	5.3	4.5	6.3	5.9	4.9	8.1
Micobatteriosi	%	6.6	6.2	5.2	4.9	5.4	4.7	4.7	6.0	6.4
Altre infezioni opportunistiche	%	13.8	12.3	11.8	10.7	11.8	15.5	12.4	12.6	13.5
Sarcoma di Kaposi (KS)	%	2.0	2.3	2.2	1.5	1.4	2.0	2.6	1.4	2.0
Linfomi	%	2.7	5.1	5.4	6.0	7.6	7.0	4.9	6.5	3.2
Encefalopatia da HIV	%	8.0	7.8	7.8	8.4	9.4	8.8	10.6	9.8	8.1
WastingSyndrome	%	7.9	9.2	10.0	13.4	10.6	12.3	14.2	13.5	8.5
Carcinoma cervice uterina	%	0.3	0.8	0.9	0.4	0.4	0.7	0.6	0.7	0.4
Polmonite ricorrente	%	2.3	6.6	6.0	6.3	5.8	4.0	2.8	1.9	2.8
Tubercolosi Polmonare	%	2.5	4.2	3.8	3.6	4.3	3.1	3.7	4.0	2.7
Totale	N	33.094	1.638	1.377	1.153	897	683	508	430	39.780

La

Figura 106 mostra l'andamento dal 1993 al 2013 delle patologie indicative di AIDS suddivise in 6 gruppi: tumori (linfomi Burkitt, immunoblastico e cerebrale, sarcoma di Kaposi e carcinoma cervicale invasivo), infezioni batteriche (micobatteriosi disseminata o extrapolmonare, sepsi da salmonella ricorrente, tubercolosi polmonare e infezioni batteriche ricorrenti), infezioni parassitarie (criptosporidiosi intestinale cronica, isosporidiosi intestinale cronica, polmonite da *Pneumocystiscarinii* e toxoplasmosi cerebrale), infezioni virali (malattia sistemica da Cytomegalovirus inclusa retinite, infezione grave da Herpes simplex, leucoencefalopatia multifocale progressiva e polmonite interstiziale linfoide), infezioni fungine (candidosi polmonare ed esofagea, criptococcosi extrapolmonare, coccidioidomicosi disseminata, istoplasmosi disseminata) e altro (encefalopatia da HIV, wasting syndrome e polmonite ricorrente). Si osserva

che le infezioni funginee quelle parassitarie rappresentano le patologie più frequenti in tutto il periodo considerato.

Figura 106: Distribuzione delle patologie indicative di AIDS per tipologia in IDU



Diagnosi tardive di AIDS

Il fattore principale che determina la probabilità di avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è la consapevolezza della propria sieropositività. In Tabella 69 sono riportate le caratteristiche dei pazienti suddivisi secondo il tempo intercorso tra il primo test HIV positivo e la diagnosi di AIDS (informazione che viene raccolta dal 1996). Si osserva che la proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in aumento, ed è più elevata nel genere maschile e tra gli stranieri; questi dati indicano che molti soggetti arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività.

Tabella 69: Tempo intercorso tra il 1° test HIV positivo e la diagnosi di AIDS in IDU

Anno di diagnosi	Tempo tra 1° test HIV e diagnosi di AIDS			
	<= di 6 mesi		> 6 mesi	
	N	%	N	%
1996	239	9.0	2424	91.0
1997	229	13.3	1495	86.7
1998	152	13.8	949	86.2
1999	149	16.4	761	83.6
2000	121	16.6	607	83.4
2001	98	14.5	580	85.5
2002	105	17.1	509	82.9
2003	93	16.3	478	83.7
2004	71	13.8	444	86.2
2005	65	15.2	362	84.8
2006	60	15.9	318	84.1
2007	64	18.1	289	81.9
2008	56	19.5	231	80.5
2009	49	19.5	202	80.5
2010	62	31.2	137	68.8
2011	48	27.3	128	72.7
2012	51	30.7	115	69.3
2013	37	23.0	124	77.0

Genere				
Maschio	1502	15.8	7992	84.2
Femmina	247	10.3	2161	89.7
Area geografica				
Italia	1599	13.9	9881	86.1
Eestero	141	37.5	235	62.5
Non nota	9	19.6	37	80.4
Totale	1749	14.7	10153	85.3

Stima dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in IDU

Per calcolare l'incidenza annua delle nuove diagnosi di infezione da HIV e di AIDS sono state utilizzati il numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il numero di casi di AIDS, rispettivamente, in IDU al numeratore e il numero stimato di consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento, pubblicato annualmente nella Relazione al Parlamento sulle Tossicodipendenze (4-10), al denominatore.

La stima dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stata calcolata dal 2010, quella di AIDS dal 2006.

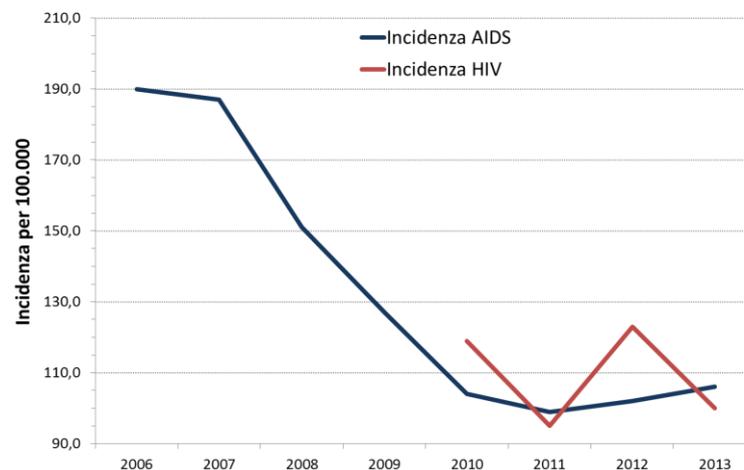
Tabella 70: Stima annua dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e di AIDS

Anno	Stima consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento	N. casi HIV	Incidenza HIV (per 100.000)	N. casi AIDS	Incidenza AIDS (per 100.000)
2006	210000			399	190,0
2007	205000			383	186,8
2008	210000			317	151,0
2009	216000			275	127,3
2010	218425	260	119,0	228	104,4
2011	193000	184	95,3	191	99,0
2012	174000	214	123,0	177	101,7
2013	152353	162	99,8	172	105,9

L'incidenza delle nuove diagnosi di HIV in IDU sembra oscillare intorno a 109 per 100.000 IDU nel periodo 2010-2013.

L'incidenza dei casi di AIDS in IDU mostra un andamento decrescente passando dal 190,0 per 100.000 IDU nel 2006 al 105,9 per 100.000 IDU nel 2013.

Figura 107: Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS (per 100.000) tra gli IDU



Sintesi finale

Nel periodo 2010-2013 il numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU sembra essere in diminuzione. Quasi l'80% delle nuove diagnosi in IDU è rappresentato da maschi, il 20% da stranieri, il 79% da persone tra i 30 e i 49 anni. Nel 2013 più della metà degli IDU con una nuova diagnosi di HIV si è presentato con un numero di linfociti CD4 inferiore a 350 e il 40% ha eseguito il test HIV perché riportava sintomi HIV-correlati. Nel periodo 2010-2013 l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU sembra oscillare intorno al 109 per 100.000 IDU.

Nel periodo 1982-2013 sono stati notificati 34.636 casi di AIDS in IDU. Di questi, l'80,1% erano maschi, il 2,1% stranieri e il 76% risulta deceduto. Il 70,3% del totale dei casi di AIDS in IDU si concentra nella classe di età 30-49 anni. Negli ultimi 15 anni, si osserva una riduzione della toxoplasmosi cerebrale e viceversa, è aumentata la quota di diagnosi di Wasting syndrome, tubercolosi polmonare e di linfomi. La proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in aumento. L'incidenza dei casi di AIDS in IDU mostra un andamento decrescente passando dal 190,0 per 100.000 IDU nel 2006 al 105,9 per 100.000 IDU nel 2013.

3.2 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili

3.2.1 Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) in consumatori di sostanze per via iniettiva segnalate da una rete sentinella di centri clinici

Le Infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse in tutto il mondo, che può essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno, e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie.

Oggi si conoscono circa trenta quadri clinici di IST determinati da oltre 20 patogeni sessualmente trasmessi (1).

In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione nazionale delle IST provengono dal Ministero della Salute e sono limitate alle sole malattie a notifica obbligatoria, cioè gonorrea, sifilide e pediculosi del pube (2).

Non ci sono dati nazionali relativi alla diffusione delle IST tra i consumatori di sostanze per via iniettiva - Injecting Drug Users (IDU).

Per sopperire a questa mancanza, nel 1991, in Italia così come in altri Paesi europei (3), è stato avviato un sistema di sorveglianza sentinella delle IST per disporre in tempi brevi di dati sulla loro diffusione, soprattutto in ragione dell'epidemia da HIV che emergeva in quel periodo (4).

Questo sistema, coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (Allegato 2), allo stato attuale prevede la collaborazione di 12 centri clinici pubblici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST, dislocati sul territorio nazionale (Figura 1) (l'elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST, è riportato in Allegato 2).

I centri clinici segnalano i pazienti con una prima diagnosi di IST (primo episodio), confermata, ove previsto, da appropriati test di laboratorio, e raccolgono informazioni socio-demografiche, comportamentali (tra queste anche il consumo di sostanze per via iniettiva) e cliniche, nonché il sierostato HIV.

Per alcune diagnosi di IST si sono scelti criteri di definizione di caso a favore di una maggiore sensibilità (ad esempio, le diagnosi di patologie virali sono basate su criteri esclusivamente clinici), per altre patologie si è scelto un criterio di definizione di caso a favore di una maggiore specificità, includendo nella definizione di caso la conferma microbiologica della diagnosi (ad esempio, infezioni batteriche e protozoarie). In questi anni, tale Sistema ha consentito di conoscere l'andamento delle diagnosi di diversi quadri clinici di IST in Italia, nonché di valutare la diffusione dell'infezione da HIV nei soggetti con una nuova IST, soprattutto in popolazioni più a rischio (ad esempio, consumatori di sostanze per via iniettiva) (5).

Di seguito vengono riportati i principali risultati del suddetto sistema di sorveglianza e relativi agli IDU.

Figura 108: Distribuzione geografica dei 12 centri clinici partecipanti al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST

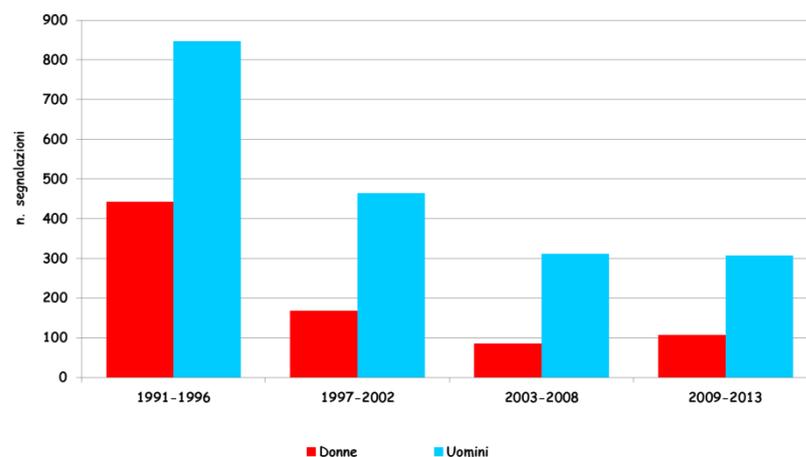


La casistica

La casistica completa per tutti i 12 centri clinici è disponibile sino al 31 dicembre 2013. Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2013, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 2.727 nuovi casi di IST in IDU, pari al 3,4% di tutti i casi di IST segnalati. Il numero dei casi di IST in IDU è diminuito nel tempo di circa tre volte, passando da 1.289 casi del periodo 1991-1996 a 412 casi del periodo 2009-2013 (Figura 109).

Nel 2013, sono stati segnalati 92 nuovi casi di IST in IDU, pari al 2,8% di tutti i casi di IST segnalati.

Figura 109: Andamento delle segnalazioni di IST in consumatori di sostanze per via iniettiva, per genere



Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche

Le caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli IDU con IST, distinte per genere, nell'intero periodo (1991-2013) e nel 2013, sono riportate in

Tabella 71.

Si è scelto di riportare, oltre ai dati relativi all'intero periodo (1991-2013), anche quelli relativi al 2013, ultimo anno a disposizione, per dare un quadro recente della situazione.

Tabella 71: Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche dei consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici)

Caratteristiche	1991-2013		2013	
	n.	% ^a	n.	% ^a
Totale	2.727	100,0	92	100,0
Genere				
Uomini	1.927	70,7	68	73,9
Donne	800	29,3	24	26,1
Nd	0	-	0	-
Classe di età				
15-24 anni	502	18,4	24	26,1
25-34 anni	1.456	53,5	32	34,8
35-44 anni	617	22,7	17	18,5
45 e più anni	148	5,4	19	20,7
Nd	4	-	0	-
Nazionalità				
Italiani	2.382	92,3	73	79,3
Stranieri	199	7,7	19	20,7
Nd	146	-	0	-
Livello di istruzione				
Nessuno	33	1,4	2	2,3
Scuola obbligo	1.714	71,8	43	50,6
Diploma	534	22,3	36	42,4
Laurea	107	4,5	4	41,7
Nd	339	-	7	-
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1	1.122	42,0	42	48,8
2-5	1.198	44,9	41	47,7
≥ 6	351	13,1	3	3,5
Nd	56	-	6	-
Contraccettivi usati nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
Nessuno	1.112	41,7	49	58,3
Condom sempre	350	13,1	2	2,4
Condom saltuario	1.093	41,0	29	34,5
Pillola	83	3,1	3	3,6
Altro	26	1,0	1	1,2
Nd	63	-	8	-
Pregresse IST				
Sì	1.117	41,8	28	31,1
No	1.554	58,2	62	68,9
Nd	56	-	2	-
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	2.264	83,1	76	83,5
MSM ^b	461	16,9	15	16,5
Nd	2	-	1	-
Tipo di IST in atto				
Virale	1.847	67,7	51	55,4
Batterica	706	25,9	41	44,6
Protozoaria	47	1,7	0	0,0
Parassitaria	127	4,7	0	0,0

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) Nd: non disponibile; (c) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Intero periodo (1991-2013)

Nell'intero periodo, il 70,7% (n. 1.927) dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 29,3% (n. 800) in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 30 anni (range interquartile - IQR, 26-35 anni); in particolare 31 anni (IQR 27-36 anni) per gli uomini e 28 anni (IQR 24-33 anni) per le donne.

Il 7,7% (n.199) degli IDU con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 56,5% e 22,3%).

Il 71,8% degli IDU con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell'obbligo, il 22,3% di possedere un diploma di scuola media superiore, il 4,5% di essere in possesso di una laurea e solo l'1,4% ha riferito di non avere nessuna istruzione.

Il 42,0% degli IDU con IST ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 44,9% da due a cinque e il 13,1% sei o più.

Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 41,7% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo. Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 13,1% degli IDU, invece il 41,7% degli IDU ha riferito di utilizzarlo saltuariamente.

Oltre un terzo degli IDU con IST (41,8%) ha riferito di avere avuto una IST in passato. L'83,1% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in eterosessuali e il 16,9% in MSM. Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 76,1% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 23,9% in MSM.

Il 67,7% degli IDU aveva una diagnosi di IST virale, il 25,9% di IST batterica, il 4,7% di IST parassitaria e l'1,7% di IST protozoaria.

Anno 2013

Nel 2013, il 73,9% (n. 68) dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 26,1% (n. 24) in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 32 anni (range interquartile - IQR, 24-42 anni); in particolare 33 anni (IQR 24,25-42,75 anni) per gli uomini e 27 anni (IQR 23,25-40,75 anni) per le donne.

Il 20,7% (n. 19) degli IDU con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 47,1% e 29,4%).

Il 50,6% degli IDU con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell'obbligo, il 42,4% di possedere un diploma di scuola media superiore, il 4,7% di essere in possesso di una laurea e solo il 2,3% ha riferito di non avere nessuna istruzione.

Circa la metà degli IDU con IST (48,8%) ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 47,7% da due a cinque e il 3,6% sei o più.

Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 58,3% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo.

Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 2,4% degli IDU con IST, invece il 34,5% degli IDU con IST ha riferito di utilizzarlo saltuariamente.

Circa un terzo degli IDU con IST (31,1%) ha riferito di avere avuto una IST in passato.

L'83,5% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in eterosessuali e il 16,5% in MSM. Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 77,6% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 22,4% in MSM.

Il 55,4% degli IDU aveva una diagnosi di IST virale e il 44,6% di IST batterica.

Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata

Intero periodo (1991-2013)

Nell'intero periodo, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (1.525 casi, 55,9% del totale), l'herpes genitale (191 casi, 7,0% del totale), la sifilide latente (139 casi, 5,1% del totale) e il mollusco contagioso (131 casi, 4,8% del totale) (Tabella 72).

In particolare, tra gli uomini IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (58,2% del totale uomini), l'herpes genitale (8,4% del totale uomini), le uretriti batteriche non gonococciche non clamidiali (NG-NC) (6,1% del totale uomini) e le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (4,7% del totale uomini); tra le donne IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (50,5% del totale donne), le cervicovaginiti NG-NC (16,1% del totale donne), la sifilide latente (6,4% del totale donne) e le cervicovaginiti da *Trichomonas vaginalis* (5,9% del totale donne) (dati non mostrati).

Tra gli MSM IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (44,5% del totale MSM), l'herpes genitale (10,2% del totale MSM), la pediculosi del pube (9,5% del totale MSM) e la sifilide primaria e secondaria (I-II) (8,2% del totale MSM) (dati non mostrati).

Anno 2013

Nel 2013, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (45 casi, 48,9% del totale), le uretriti da *Chlamydia trachomatis* (10 casi, 10,9% del totale) e la sifilide I-II (7 casi, 7,6% del totale).

In particolare, tra gli uomini IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (50,0% del totale uomini), le uretriti da *Chlamydia trachomatis* (14,7% del totale) e la sifilide I-II (10,3% del totale uomini); tra le donne IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (45,8% del totale donne), le cervicovaginiti NG-NC (25,0% del totale donne) e le cerviciti da *Chlamydia trachomatis* (20,8% del totale donne) (dati non mostrati).

Tra gli MSM IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (20,0% del totale MSM), la sifilide I-II (20,0% del totale MSM) e le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (20,0% del totale MSM) (dati non mostrati).

Tabella 72: Distribuzione totale e per genere dei casi per tipo di IST diagnosticata, in consumatori di sostanze per via iniettiva: intero periodo e 2013(Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2013		2013	
	N.	%	N.	%
TOTALE	2.727	100,0	92	100,0
<u>VIRALI</u>				
Condilomi ano-genitali	1.525	55,9	45	48,9
Herpes genitale	191	7,0	2	2,2
Mollusco contagioso	131	4,8	4	4,3
<u>BATTERICHE</u>				
Cervicovaginiti NG-NC*	129	4,7	6	6,5
Uretrite NG-NC*	118	4,3	3	3,3
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	108	4,0	7	7,6
Sifilide latente	139	5,1	6	6,5
Reinfezione sifilitica	9	0,3	1	1,1
Cerviciti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	8	0,3	0	0,0
Uretriti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	90	3,3	2	2,2
Cerviciti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	35	1,3	5	5,4
Uretriti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	67	2,5	10	10,9
Linfogranuloma venereo	1	0,0	1	1,1
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	0,0	0	0,0
Ulcera venerea	1	0,0	0	0,0
Granuloma inguinale	0	0,0	0	0,0
<u>PROTOZOI</u>				
Cervicovaginiti da <i>Trichomonas vaginalis</i>	47	1,7	0	0,0
<u>PARASSITI</u>				
Pediculosi del pube	127	4,7	0	0,0

(*) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Andamenti temporali delle principali IST

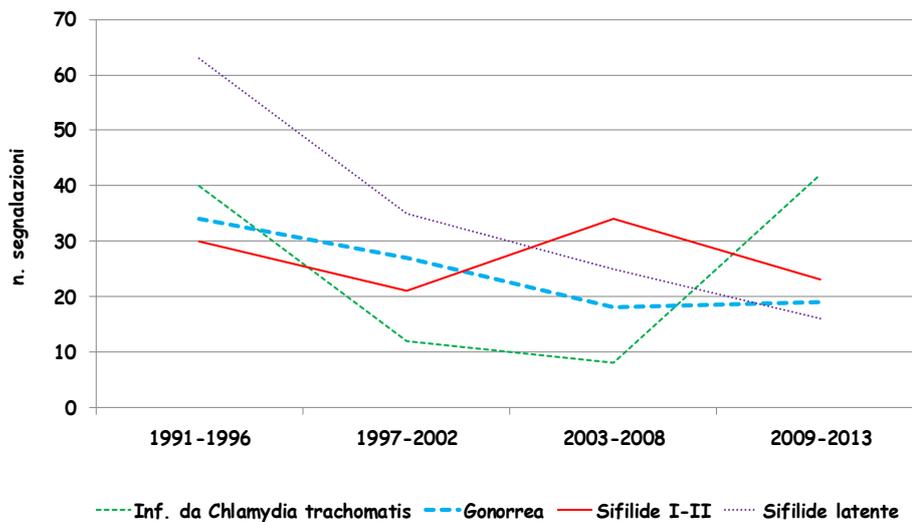
L'andamento dei casi di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile nell'intero periodo considerato, con una media di 27 casi per periodo (Figura 110).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione costante dal periodo 1991-1996 al periodo 2009-2013, passando da 63 casi segnalati a 16 casi (Figura 110).

Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al periodo 2003-2008 e una successiva stabilizzazione nell'ultimo quinquennio (2009-2013).

I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato una costante riduzione fino al periodo 2003-2008 e un successivo aumento di circa cinque volte tra il 2003-2008 e il 2009-2013, passando, rispettivamente, da 8 casi a 42 casi (Figura 110).

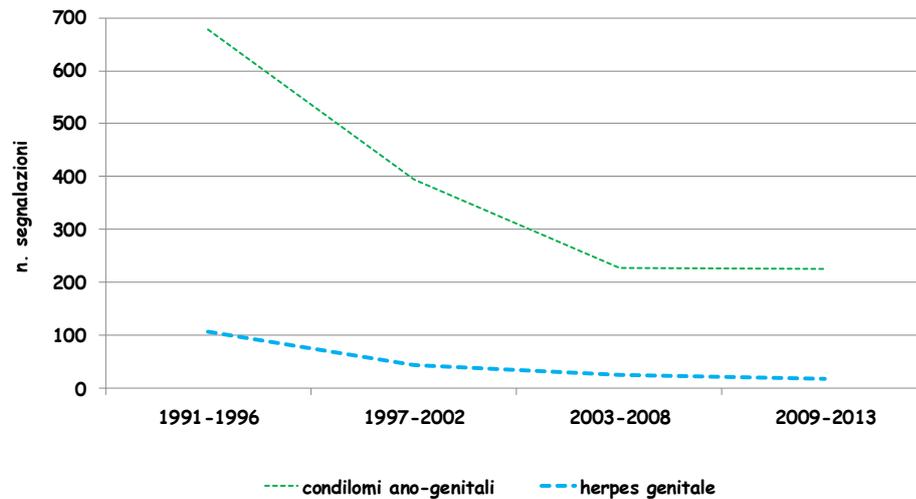
Figura 110: Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche, in consumatori di sostanze per via iniettiva (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)



Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 148 casi del periodo 1991-1996 a 21 casi del periodo 2009-2013 (andamento non mostrato).

Tra le due principali IST virali (Figura 111), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è diminuito in maniera costante dal periodo 1991-1996 al periodo 2003-2008, passando da 678 casi a 227 casi, per poi stabilizzarsi nell'ultimo quinquennio. L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il periodo 1991-1996 e il periodo 2009-2013, passando da 106 casi a 17 casi; tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali.

Figura 111: Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali, in consumatori di sostanze per via iniettiva (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)



Le infezioni da *Trichomonas vaginalis* hanno interessato esclusivamente le donne e l'andamento temporale dei casi ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 31 casi del periodo 1991-1996 a 10 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 101 casi del periodo 1991-1996 a 2 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 56 casi del periodo 1991-1996 a 29 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

Per tutte le altre IST diagnosticate gli andamenti non vengono riportati per l'esiguità dei casi segnalati nell'intero periodo.

L'infezione da HIV

Testati e non testati per HIV

Dei 2.727 IDU con una nuova IST segnalati dal 1991 al 2013, 2.250 (82,5%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Dei 92 IDU con una nuova IST segnalati nel 2013, 67 (72,8%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Prevalenza di HIV

Durante l'intero periodo (1991-2013), tra i 2.250 IDU con IST testati per HIV, 1.168 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 51,9% (IC95%: 49,8%-54,0%).

Nel 2013, tra i 67 IDU con IST testati per HIV, 14 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 20,9% (IC95%: 11,9%-32,7%).

La prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di IDU con IST, nell'intero periodo (1991-2013) e nel 2013, è riportata in Tabella 73.

Tabella 73: Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

Caratteristiche	1991-2013		2013	
	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%) ^a	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%) ^a
Totale	2.250	51,9	67	20,9
Genere				
Uomini	1.592	51,2	51	19,6
Donne	658	53,6	16	25,0
Classe di età (in anni)				
15-24	402	20,4	19	0,0
25-34	1.214	55,8	20	0,0
35-44	514	67,7	12	25,0
≥45	116	51,7	16	68,8
Nazionalità				
Italiani	1.963	56,7	54	22,2
Stranieri	160	23,8	13	15,4
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1				
2-5	872	56,0	28	28,6
≥ 6	1.025	47,3	31	16,1
	313	55,0	3	0,0
Precedenti IST				
Si	980	69,8	20	40,0
No	1.223	38,5	5	11,
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	1.834	49,7	54	16,7
MSM ^b	414	61,6	12	33,3

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Durante l'intero periodo, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata ($p\text{-value}<0,001$) tra gli italiani rispetto agli stranieri (56,7% vs 23,8%), tra i soggetti con precedenti IST rispetto a quelli che hanno riferito di non aver avuto precedenti IST (69,8% vs 38,5%) e tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (61,6% vs 49,7%).

Nel 2013, non ci sono state differenze significative tra le prevalenze di HIV nei diversi sottogruppi di IDU con IST.

La Tabella 74 riporta la prevalenza di HIV in IDU con IST, sia totale che distinta per genere, ed è relativa all'intero periodo (1991-2013) e al 2013.

Tabella 74: Prevalenza di HIV, totale e per genere, per IST diagnosticata in consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2013		2013	
	N. ^a	% ^b	N. ^a	% ^b
TOTALE	2.250	51,9	67	20,9
<u>VIRALI</u>				
Condilomi ano-genitali	1.265	56,8	32	21,9
Herpes genitale	171	57,3	2	0,0
Mollusco contagioso	114	54,4	4	25,0
<u>BATTERICHE</u>				
Cervicovaginite NG-NC ^c	96	38,5	3	0,0
Uretrite NG-NC ^c	85	37,6	1	0,0
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	93	37,6	7	42,9
Sifilide latente	103	35,0	5	40,0
Reinfezione sifilitica	8	37,5	0	0,0
Cervicite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	7	28,6	0	0,0
Uretrite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	73	31,5	1	100,0
Cervicite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	28	28,6	3	0,0
Uretrite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	57	19,3	8	0,0
Linfogranuloma venereo	1	0,0	1	0,0
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	0,0	0	0,0
Ulcera venerea	1	100	0	0,0
Granuloma inguinale	0	0,0	0	0,0
<u>PROTOZOARIE</u>				
Cervico-vaginite da <i>Trichomonas vaginalis</i>	43	69,8	0	0,0
<u>PARASSITARIE</u>				
Pediculosi del pube	104	68,3	0	0,0

(a) Numero testati per HIV; (b) prevalenza di HIV; (c) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Nuovi e vecchi HIV positivi

Dal 1991 al 2013, tra i 2.250 IDU con IST testati per HIV, il 5,2% (IC95% 4,3%-6,2%) (n. 116) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST, configurando, quindi, un IDU con IST inconsapevole del proprio sierostato HIV (nuovo HIV positivo).

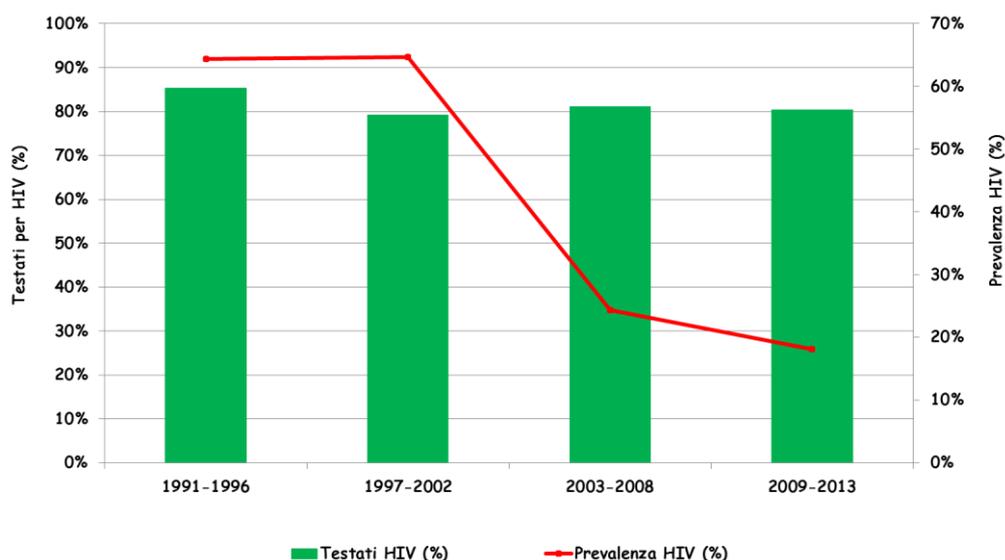
In particolare, nel 2013, tra i 67 IDU con IST testati per HIV, il 3,0% (IC95% 0,4%-10,4%) (n. 2) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST (nuovo HIV positivo).

Andamenti temporali

Testati per HIV e prevalenza HIV

La percentuale di IDU con IST testati per HIV è rimasta relativamente stabile nell'intero periodo (Figura 112), mentre la prevalenza HIV, tra gli IDU con IST, mostra un decremento costante passando dal 64,3% del periodo 1991-1996 al 18,1% del periodo 2009-2013.

Figura 112: Percentuale di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST testati per HIV e prevalenza HIV: intero periodo (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013, 2.727 IDU con IST)



Nuovi HIV positivi

Durante l'intero periodo (1991-2013), negli IDU testati per HIV si osserva un aumento della percentuale dei nuovi HIV positivi, dal 3,3% nel periodo 1991-1996 al 12,6% nel periodo 1997-2002, e un successivo decremento al 3,4% nel periodo 2003-2008 e all'1,8% nel periodo 2009-2013.

Sintesi Finale

I dati raccolti dal Sistema di sorveglianza delle IST basato su centri clinici negli ultimi due decenni indicano che la frequenza e la diffusione delle IST tra gli IDU in Italia è diminuita.

L'introduzione di nuovi e più sensibili metodi diagnostici per l'identificazione di *Chlamydia trachomatis*, basati su tecniche di amplificazione molecolare, ha probabilmente influito sull'aumento delle segnalazioni delle patologie da *Chlamydia trachomatis* segnalate dopo il 2000. L'aumento di *Chlamydia trachomatis* riflette l'aumento già osservato in Europa nello stesso periodo e dipendente dal miglioramento dei test di diagnosi, dei sistemi di sorveglianza e dei programmi di screening in numerosi Paesi Europei (6).

La percentuale di testati per HIV negli ultimi anni è rimasta stabile, mentre la prevalenza di HIV è diminuita: questo sottolinea la rilevante opera di prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV che è stata condotta dai centri IST partecipanti alla sorveglianza negli ultimi due decenni.

Nel 2013, circa il 30,0% degli IDU con IST non è stato testato per HIV, nonostante i centri IST partecipanti siano altamente sensibilizzati e attivi nella prevenzione dell'HIV e circa un 3,0% degli IDU con IST ignorava il proprio sierostato HIV. La quota di IDU inconsapevoli del proprio sierostato è diminuita nel tempo arrivando ad un 3% nel 2013.

Visto il ruolo delle IST quali patologie che facilitano la trasmissione di infezioni droga-correlate, quali l'HIV e le epatiti virali, si sottolinea l'importanza di una prevenzione specifica di queste patologie attraverso una diagnosi precoce ed una terapia tempestiva ed adeguata (7).

3.3 Diffusione di epatiti virali

Introduzione

Per epatite virale si intendono tutti quei processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari, a diversa distribuzione geografica in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. Nella forma classica si manifestano con un importante quadro generalizzato di malessere, astenia, anoressia, nausea, vomito, febbricola e sintomi più specifici fra i quali l'ittero. I tipi virali più frequentemente coinvolti sono detti virus epatitici maggiori: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV.

Per tutti i casi di epatite virale, in Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II, secondo il decreto ministeriale 15 dicembre 1990 (1). Il medico segnalatore deve comunicare il caso, entro 48 ore dall'osservazione, alla ASL di competenza, la quale a sua volta provvede, previa validazione della diagnosi, all'invio alla Regione. Dalla Regione, la segnalazione viene inviata al Ministero della Salute e all'ISTAT.

In Italia è inoltre attiva dal 1985 una sorveglianza speciale denominata SEIEVA (Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta) coordinata dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi e consente così la valutazione dell'incidenza, nonché la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio di epatite (2-3). La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce il 79,9% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'eccezione della sola Regione Molise), alle quali afferisce il 77,2% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti e conseguentemente la popolazione sorvegliata sono in costante aumento. Attraverso un questionario epidemiologico vengono raccolte informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, ivi compresa la tossicodipendenza.

I tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, in particolare per l'uso di siringhe contaminate, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C e Delta). In modo nuovo tuttavia, negli ultimi anni sono state descritte numerose epidemie di epatite A tra tossicodipendenti (4-5).

Di seguito si farà riferimento ai casi di epatite A, B, C e Delta in tossicodipendenti, indipendentemente dalla modalità di assunzione, segnalati al SEIEVA negli anni 1991-2014. Inoltre viene presentata un'analisi più dettagliata per il quinquennio 2010-2014.

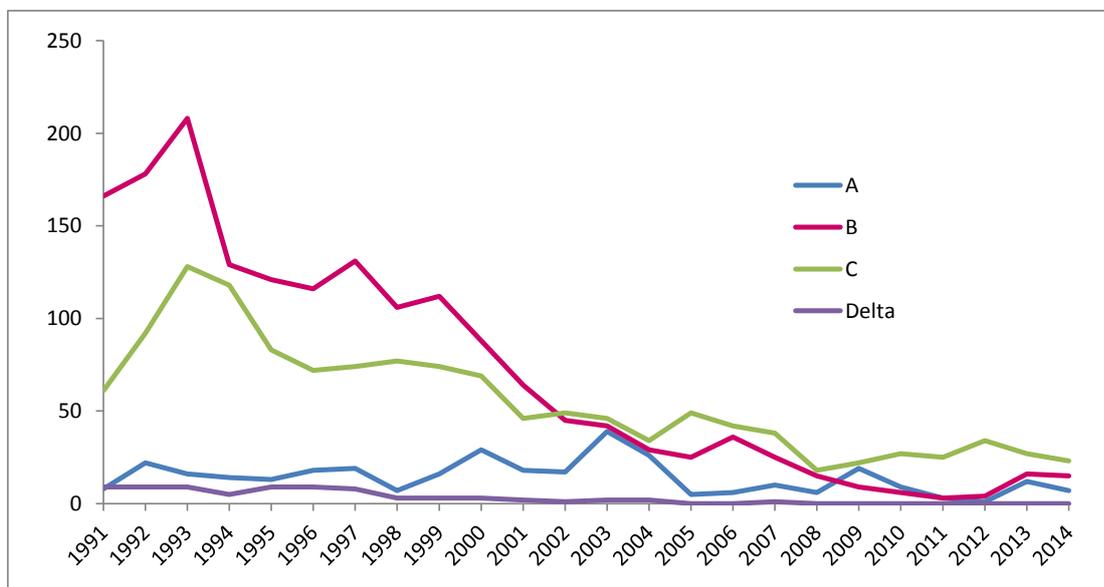
Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di epatite virale acuta tra i tossicodipendenti

Nel periodo di osservazione (1991-2014), sono stati segnalati complessivamente 340 casi di epatite A, 1.696 casi di epatite B e 1.329 casi di epatite C, in soggetti facenti uso di droghe. Per quanto riguarda l'epatite delta, sono stati diagnosticati 75 casi. Ulteriori 125 casi risultati positivi al virus delta, presentavano una coinfezione con il virus B: ai fini di questa relazione questi ultimi sono inclusi tra i casi di epatite B.

L'analisi degli andamenti temporali, ha evidenziato una progressiva diminuzione del numero di casi di epatite B e C, scesi da 166 e 61 rispettivamente nel 1991 a 15 e 23 nel 2014. Il maggiore calo si è registrato nei primi dieci anni di sorveglianza; dal 2002 il numero di casi sembra stabilizzarsi sotto 50 per anno (Figura 113).

Per quanto riguarda l'epatite A, nonostante si sia registrato un profondo mutamento dell'epidemiologia complessiva negli ultimi anni, con un calo progressivo dell'incidenza come conseguenza delle migliorate condizioni igieniche, sanitarie e socio-economiche che ha portato l'Italia a essere considerato un Paese a endemicità medio-bassa, il numero di casi di epatite A in tossicodipendenti rimane pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici.

Figura 113: Numero di nuove diagnosi di epatite acuta (A, B, C e Delta) in tossicodipendenti. SEIEVA 1991-2014



Si specifica che l'analisi dell'andamento del numero di casi per anno presentata tende leggermente a sottostimare la diminuzione del rischio rispetto all'analisi di incidenza di malattia; negli anni, infatti, il numero di ASL partecipanti alla sorveglianza è aumentato e conseguentemente la popolazione di riferimento. Purtroppo non è stato possibile calcolare le incidenze di malattia in

questo specifico gruppo di popolazione, non potendoci avvalere di denominatori affidabili e di stime precise sul numero di tossicodipendenti per regione in Italia.

Nel periodo in studio si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 6 fra i casi di epatite B, nessuno fra i casi di epatite C e delta. In particolare, per quanto riguarda l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,9%) rispetto a chi non assume droghe (0,05%, $p=0,001$).

Nell'ultimo quinquennio (2010-2014), sono stati segnalati al SEIEVA un totale di 212 casi di epatite virale acuta: la maggior parte (64,2%; 136 casi) era attribuibile al virus C; nel 20,7% (N=44) si è trattato di epatite B e nel 15,1% (32 casi) di epatite A. Non sono stati notificati al SEIEVA casi di epatite acuta Delta in questo periodo.

Nonostante l'informazione sull'uso di droghe sia raccolta fin da quando la sorveglianza SEIEVA è stata istituita, solo dal 2013 viene raccolto il dettaglio sulla modalità di assunzione. La distribuzione dei casi di epatite in tossicodipendenti in base alla via di somministrazione è presentata nella

Tabella 75.

Tabella 75: Modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti dichiarata dai tossicodipendenti con diagnosi di epatite virale acuta di tipo A, B o C (SEIEVA, 2013-2014)

Modalità di assunzione	Tipo di epatite			Totale
	A	B	C	
Endovena	0,0	20,6	48,9	30,5
Inalazione	75,0	73,5	20,0	48,4
Endov/Inal	0,0	2,9	31,1	15,8
Altro	25,0	2,9	0,0	5,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

La maggior parte dei soggetti tossicodipendenti che presentano epatite A o B (75% e 73% rispettivamente) riportano di assumere sostanze stupefacenti per inalazione, mentre fra i pazienti affetti da epatite C, l'80% riporta un'assunzione per via endovenosa.

La Tabella 76 mostra la distribuzione dei casi per età, sesso e cittadinanza. I casi di epatite acuta qui analizzati sono per la maggior parte giovani adulti, si nota una età un po' più avanzata tra i casi di epatite B, a causa della vaccinazione dell'obbligo introdotta nel 1991 e per la quale molte coorti di nascita sono ormai protette contro l'epatite B. Come atteso in base all'epidemiologia dell'epatite virale acuta, la maggior parte dei casi osservati in tossicodipendenti era di sesso maschile.

Per quanto riguarda la cittadinanza, la percentuale di stranieri tra i casi di epatite A rispecchia la distribuzione che essi hanno nella popolazione generale: ~8% di immigrati regolari (6) più un valore stimato di circa il 6% di irregolari (7), mentre la stessa percentuale è maggiore tra i casi di epatite B, il 34% dei quali sono stranieri. La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C è inferiore a quella presente nella popolazione generale. Riguardo l'area di provenienza, la maggior parte di casi di epatite in tossicodipendenti stranieri proveniva dall'Africa o dall'Europa dell'Est.

Tabella 76: Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite acuta (A, B e C) in tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2014

EPATITE									
Nr. casi	A		B		C		Totale		p
	32 (15,1%)		44 (20,7%)		136 (64,2%)		212 (100,0%)		
Età	N	%	N	%	N	%	N	%	
15-24	7	21,9	4	9,1	51	37,5	62	29,2	<0,001
25-34	12	37,5	14	31,8	49	36,0	75	35,4	
35-54	13	40,6	25	56,8	36	26,5	74	34,9	
≥55	0	0,0	1	2,3	0	0,0	1	0,5	
Mediana (range)	29,9 (17-49)		35 (16-56)		26,5 (16-56)		26,5 (15-50)		
Sesso									
M	26	81,3	39	88,6	100	73,5	165	77,8	0,098
F	6	18,7	5	11,4	36	26,5	47	22,2	
Cittadinanza									
Italiana	27	84,4	29	65,9	126	94,0	182	86,7	<0,001
Altro	5	15,6	15	34,1	8	6,0	28	13,3	

Tabella 77: riporta il numero di diagnosi di epatite acuta registrato tra i tossicodipendenti per regione di segnalazione, nel periodo 2010-2014

REGIONE	EPATITE					
	A		B		C	
	n°	%	n°	%	n°	%
Piemonte	5	15,6	5	11,4	12	8,8
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Lombardia	7	21,9	1	2,3	12	8,8
P. A. Trento	0	0,0	0	0,0	2	1,5
P. A. Bolzano	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Veneto	4	12,5	2	4,5	25	18,4
Friuli-Venezia Giulia	0	0,0	0	0,0	4	2,9
Liguria	0	0,0	0	0,0	4	2,9
Emilia-Romagna	6	18,8	12	27,3	26	19,1
Toscana	0	0,0	11	25,0	22	16,2
Umbria	3	9,4	1	2,3	0	0,0
Marche	1	3,1	1	2,3	7	5,2
Lazio	0	0,0	11	25,0	12	8,8
Abruzzo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Molise	-	-	-	-	-	-
Campania	0	0,0	0	0,0	3	2,2
Puglia	5	15,6	0	0,0	1	0,7
Basilicata	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Calabria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sicilia	1	3,1	0	0,0	1	0,7
Sardegna	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Totale	32	100,0	44	100,0	136	100,0

Analisi degli “altri” fattori di rischio riportati dai casi di epatite acuta in tossicodipendenti

Nella Tabella 78 sono descritti gli ulteriori fattori di rischio riportati dalla popolazione in esame, nei sei mesi precedenti l’insorgenza dell’epatite acuta. Una alta percentuali di casi riportava partner sessuali multipli. Tra i casi di epatite C, il 16,4% riportava l’effettuazione di un tatuaggio, mentre il 26,5% aveva un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Tra i casi di epatite A più del 15% riportava un viaggio in zona endemica per quella infezione.

Una percentuale rilevante di casi di epatite A (12,5%) riportava una coinfezione con il virus HIV.

Tabella 78: “Altri” fattori di rischio riportati dai casi di epatite acuta (A, B e C) in tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2014

EPATITE							
	A		B		C		
	N	%	N	%	N	%	p
≥ 3 Partner sessuali	7	35,0	14	38,9	20	24,4	0,243
Tatuaggi	3	9,4	3	6,8	20	16,4	0,231
Piercing	3	9,4	1	2,3	12	9,9	0,313
Convivente HBsAg+	0	0,0	2	7,1	3	3,6	0,552
Convivente HCV+	4	13,8	5	16,1	26	26,5	0,233
Viaggio in zona endemica x epatite A	5	15,6	0	0,0	2	1,7	0,003
HIV positivo	2	12,5	1	4,3	2	2,1	0,095

Casi di epatite virale acuta prevenibili tramite vaccinazione

Sia l’epatite A, sia l’epatite B sono malattie prevenibili attraverso la vaccinazione; in entrambi i casi, infatti, esiste un vaccino sicuro ed efficace nella prevenzione delle infezioni da virus A dell’epatite (HAV) e da virus B (HBV). Al contrario non è stato ancora stato sviluppato un vaccino per prevenire l’infezione causata dal virus C dell’epatite (HCV).

In Italia la vaccinazione contro l’HAV e l’HBV è fortemente raccomandata ed offerta gratuitamente ai soggetti appartenenti a gruppi a rischio di contrarre l’infezione: tra queste categorie a rischio rientrano i tossicodipendenti (8). Potenzialmente, quindi, tutti i casi di epatite A e B notificati in questi anni al SEIEVA avrebbero potuto essere prevenuti attraverso la vaccinazione.

Una alta percentuale di casi di epatite A (71,4%) e B (68,5%) erano in contatto con un Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), questo avrebbe dovuto facilitare l’accesso alla vaccinazione.

Sintesi finale

Dall’analisi dei dati della sorveglianza SEIEVA si evince che i casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti hanno avuto un evidente calo negli ultimi venti anni. Nel periodo di studio si osserva in particolare una tendenza verso la riduzione soprattutto dei casi di epatite B per la quale si è passati dai circa 200 casi annui nei primi anni (1991-1993) a 15 casi segnalati nel

2014. Questa importante diminuzione è sicuramente attribuibile all'obbligo vaccinale per epatite B introdotto in Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati ed i dodicenni (9) (la vaccinazione dei dodicenni è stata sospesa nel 2003 al ricongiungimento delle 2 coorti target del programma vaccinale). Coperture vaccinali uguali o superiori al 95% (10-11) sono state raggiunte favorendo l'interruzione della circolazione virale e contribuendo alla drastica diminuzione dell'incidenza di malattia.

In aggiunta alla vaccinazione dell'obbligo anti-epatite B e in considerazione del fatto che i tossicodipendenti sono un gruppo di popolazione ad alto rischio di infezioni da virus epatitici, ad essi sono fortemente raccomandate le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B (8). Continuano tuttavia ad essere notificati ogni anno casi di epatite A e B tra i TD, nonostante a questi soggetti debba essere offerta la vaccinazione nell'ambito del percorso assistenziale previsto per loro all'interno di strutture sanitarie specifiche, quali i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). Dai dati della sorveglianza emerge che il 71,4% dei casi in tossicodipendenti di epatite B acuta e il 68,5% di epatite A, vengono seguiti dai SerT. Solo alcuni di questi Servizi direttamente offrono a tale categoria di soggetti le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B, mentre i restanti demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione che non effettuano offerta attiva, creando un'importante barriera all'accesso alla vaccinazione.

Il problema è ancora più rilevante perché l'infezione da virus A e B dell'epatite in questa categoria di soggetti può spesso rappresentare un evento particolarmente grave e aggiungersi a sottostanti infezioni di altri microrganismi (es. HIV) o a patologie croniche del fegato di diversa origine (5). I dati SEIEVA hanno infatti evidenziato una letalità per epatite A significativamente maggiore nei TD rispetto ai soggetti che non assumono sostanze stupefacenti.

Sembra pertanto opportuno compiere ulteriori sforzi al fine di migliorare l'accesso alle vaccinazioni disponibili in questa categoria a rischio e ottimizzare la strategia di offerta.

3.4 Ricoveri ospedalieri droga correlati

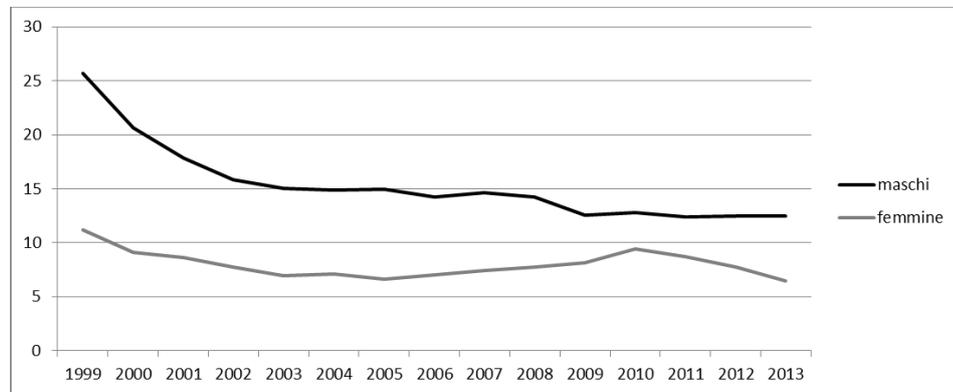
Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) raccolte dal Ministero della Salute risulta che in Italia il numero di ricoveri droga-correlati si è dimezzato tra il 1999 e il 2013 passando da 10.968 casi a 5.513 nel 2013. La diminuzione è stata particolarmente forte tra il 1999 e il 2003, mentre la riduzione ha subito un rallentamento successivamente. Nello stesso periodo il tasso grezzo di ospedalizzazione è diminuito da 19,3 a 9,2 per 100.000 residenti. Anche eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione (mediante il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati⁵⁷) il trend è fortemente decrescente dai valori più alti nel 1999 (18,5 ricoveri per 100.000 residenti) ai valori più bassi nel 2013 (9,5).

I ricoveri maschili sono sempre stati molto più numerosi di quelli femminili, ma il divario di genere (rapporto tra uomini e donne) si è ridotto nel tempo passando da 2,3 nel 1999 a 1,8 nel 2013. I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età confermano questa tendenza (Figura 114): nel 1999 il tasso maschile era pari a 25,7 per 100.000 residenti contro quello femminile di 11,2; nel 2013 i

⁵⁷ I tassi di ospedalizzazione standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9, ..., 90+); la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001.

valori sono rispettivamente 12,5 e 6,5. Mentre il trend per gli uomini è costantemente decrescente, per le donne si osserva un lieve incremento dei ricoveri tra il 2006 e il 2010 e una nuova diminuzione successivamente.

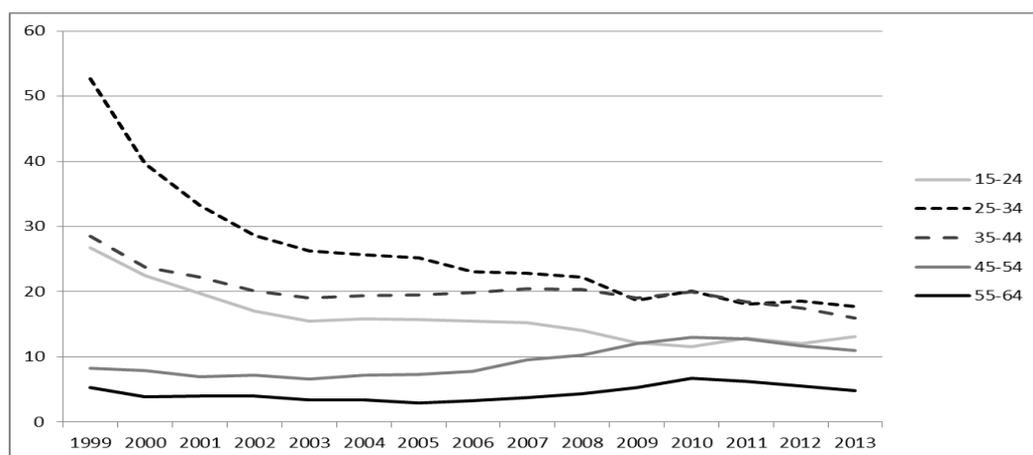
Figura 114: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per sesso in Italia. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 1999-2013.



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione droga-correlati più elevati si osservano per le classi di età 25-34 e 35-44 anni, ma la riduzione più consistente si è osservata per i 25-34enni per i quali si è annullato il gap di inizio periodo rispetto ai 35-44enni (Figura 115). Per la classe di età 15-24 anni si osserva una frequenza dei ricoveri piuttosto elevata (ma in diminuzione nel periodo) con valori simili alla classe 45-54 anni (che al contrario vede un aumento dell'ospedalizzazione e solo di recente una leggera diminuzione).

Figura 115: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per classe di età in Italia. Tassi di ospedalizzazione specifici per età per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 1999-2013.

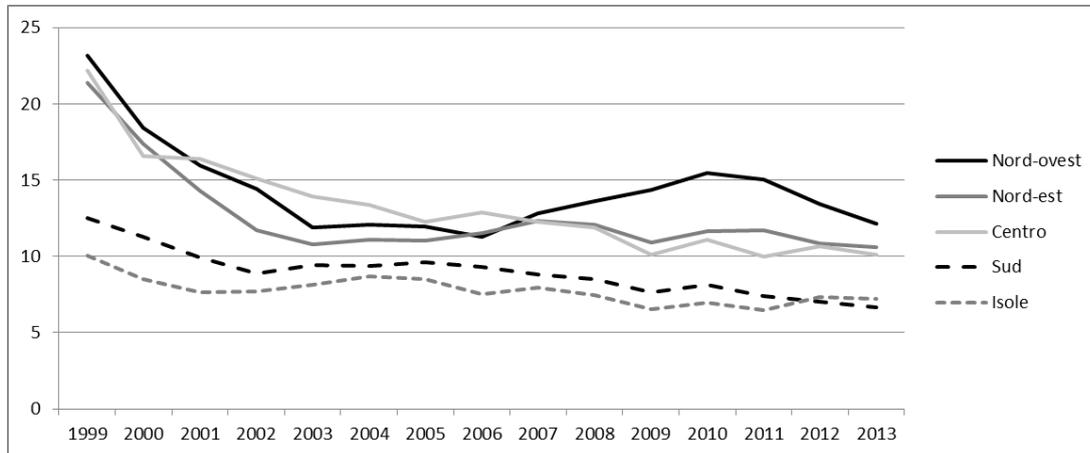


Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Per quanto riguarda le differenze territoriali, i tassi di ospedalizzazione droga-correlati sono più elevati al Centro-Nord rispetto al Sud e alle Isole (Figura 116). Il trend è generalmente in

diminuzione, anche se con andamenti differenziati tra le ripartizioni. Il Nord-ovest si differenzia per un aumento dei ricoveri tra il 2006 e il 2010 e una diminuzione negli anni più recenti.

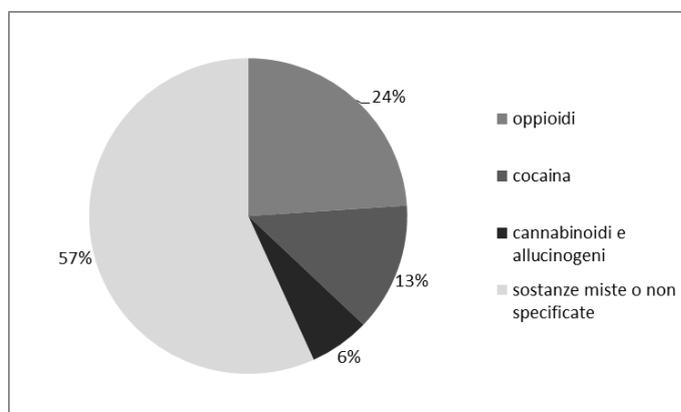
Figura 116: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per area geografica. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti Popolazione residente, anni 1999-2013



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nell'analisi è possibile considerare anche il tipo di sostanza per cui è avvenuto il ricovero, individuando i ricoveri per consumo di oppioidi (compresi eroina, metadone e oppio), di cocaina, cannabis, amfetamine e altre sostanze psicostimolanti o per sostanze miste o non specificate (Figura 117). Tuttavia oltre la metà dei casi (57%) è attribuito al consumo di sostanze miste o non specificate e ciò riduce le potenzialità di studiare il fenomeno per sostanza consumata. Laddove la sostanza è indicata, l'ospedalizzazione per disturbi legati alla droga è più elevata per gli oppioidi e la cocaina (in diminuzione nel tempo) e più bassa per cannabis e altre sostanze psicostimolanti (in aumento).

Figura 117: Dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per tipo di sostanza. Anno 2013.



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

L'analisi della multimorbidità (effettuata considerando tutte le diagnosi riportate nella scheda di dimissione ospedaliera) evidenzia che nel 2013 sono 14.959 i casi di pazienti di 15-64 anni con menzione di abuso di droghe o avvelenamento da droghe in almeno una delle diagnosi, contro 4.886 casi con la stessa menzione solo nella diagnosi principale (Tabella 79). Il rapporto (numero di casi per tutte le diagnosi diviso il numero di casi per la diagnosi principale) è quindi pari a 3,1. Di conseguenza, anche il tasso grezzo di ospedalizzazione aumenta molto quando si considerano tutte le diagnosi della scheda di dimissione ospedaliera (38,4 per 100.000 residenti vs. 12,5).

Le differenze di genere e per classi di età si confermano considerando il quadro patologico complessivo, ma con qualche lieve differenza rispetto all'analisi per diagnosi principale. Il rapporto di genere (ricoveri maschili / ricoveri femminili) sale da 2 nel caso della diagnosi principale droga-correlata a 2,5 nel caso della multimorbidità: negli uomini quindi è più frequente la presenza di diagnosi droga-correlate tra le diagnosi secondarie. Tuttavia tale divario di genere tende a ridursi all'aumentare dell'età.

Per quanto riguarda le classi di età, si conferma la maggior frequenza dei ricoveri droga-correlati nelle classi 25-34 e 35-44 anni, seguita dalla classe 45-54 anni.

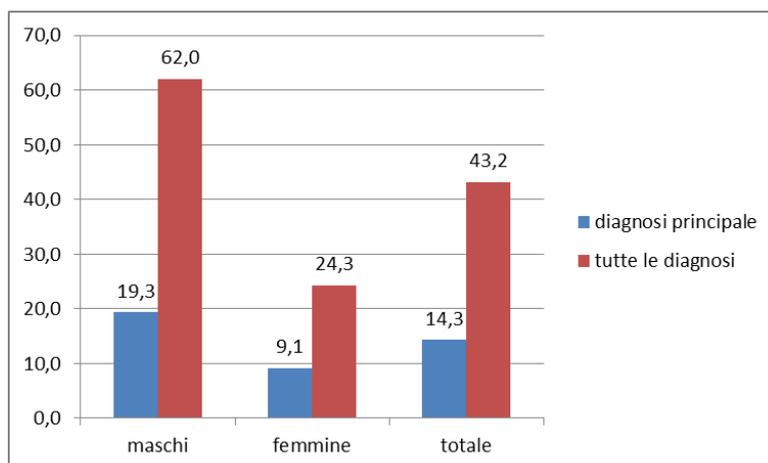
Tabella 79: Dimissioni ospedaliere droga-correlate 15-64 anni per classe di età, diagnosi principale o tutte le diagnosi. Numero assoluto, tassi grezzi e standardizzati (per100.000). Popolazione residente, anno 2013

Età	Diagnosi principale		Tutte le diagnosi		Rapporto Tutte / Principale
	dimissioni	tasso grezzo	dimissioni	tasso grezzo	
Maschi					
15-24	561	18,4	1.496	49,0	2,7
25-34	901	25,7	2.674	76,4	3,0
35-44	1.085	23,5	3.650	78,9	3,4
45-54	582	12,7	2.298	50,2	3,9
55-64	146	4,0	551	15,2	3,8
Tot (15-64)	3.275	16,9	10.669	55,0	3,3
Femmine					
15-24	219	7,6	576	19,9	2,6
25-34	333	9,6	886	25,5	2,7
35-44	400	8,6	1.156	24,9	2,9
45-54	441	9,3	1.142	24,2	2,6
55-64	218	5,6	530	13,7	2,4
Tot (15-64)	1.611	8,2	4.290	21,9	2,7
Totale					
15-24	780	13,1	2.072	34,9	2,7
25-34	1.234	17,7	3.560	51,1	2,9
35-44	1.485	16,0	4.806	51,8	3,2
45-54	1.023	11,0	3.440	37,0	3,4
55-64	364	4,8	1.081	14,4	3,0
Tot (15-64)	4.886	12,5	14.959	38,4	3,1

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per la classe 15-64 anni confermano che, pur eliminando l'effetto della diversa struttura per età, permangono sia le forti differenze tra la frequenza dei ricoveri droga-correlati ottenuti considerando la diagnosi principale o tutte le diagnosi, sia le forti differenze di genere (Figura 118).

Figura 118: Dimissioni ospedaliere droga-correlate 15-64 anni per sesso e diagnosi principale o tutte le diagnosi. Tassi standardizzati (per 100.000). Popolazione residente, anno 2013



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nella Tabella 80 sono riportati i risultati dell'analisi delle condizioni associate alle diagnosi droga-correlate⁵⁸. Il gruppo dei disturbi psichici è quello più fortemente associato con queste diagnosi (misura di associazione pari a 13,7). Nell'ambito di questo gruppo le diagnosi più importanti sono i disturbi della personalità, che sono presenti nelle dimissioni droga-correlate 29,3 volte di più rispetto alle altre dimissioni, e la sindrome da dipendenza da alcol (28,1). In termini di frequenza sono rilevanti anche i disturbi episodici dell'umore.

Segue il gruppo delle malattie infettive e parassitarie che è associato alle dimissioni droga-correlate 4,1 volte di più rispetto alle altre dimissioni e che è presente in circa il 90% delle schede di dimissione droga-correlate. Tra queste malattie rientra l'epatite virale (misura di associazione pari a 13,4), le infezioni da HIV (incluso AIDS) e le candidiasi. Le malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi presentano una misura di associazione pari a 2,9 e una frequenza di circa 13% nelle schede di dimissione droga-correlate. All'interno del gruppo si individuano le epilessie e crisi ricorrenti e soprattutto l'emicrania con una misura di associazione particolarmente elevata (80) e una frequenza pari a 9,2%. Tra i traumatismi e gli avvelenamenti, gli avvelenamenti da analgesici, antipiretici e antireumatici e gli avvelenamenti da sostanze psicotrope presentano misure di associazione con le dimissioni droga-correlate molto elevate, anche se sono presenti con una frequenza prossima a 1-2%.

⁵⁸ Come misura di associazione tra diagnosi droga-correlate e condizioni specifiche riportate nella scheda di dimissione ospedaliera, è stata usata una stima del rapporto delle proporzioni standardizzato per età (Age-Standardized Proportion Ratio - ASPR) (Drug induced mortality: a multiple cause approach on Italian causes of death Register. Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2015, Volume 12, Issue 1 - Suppl 1)

Con misure di associazione e frequenza percentuale più contenute ma comunque significative, si segnalano la malattia epatica cronica e cirrosi, la bronchite cronica e le altre malattie del polmone.

Tabella 80: Misure di associazione, standardizzate per età, di alcune condizioni con le diagnosi droga-correlate (Emcdda - selezione B) menzionate nelle schede di dimissione ospedaliera. Dimissioni dei residenti in Italia di età 15-64 anni, anno 2013 (a)

Codice ICD9CM	Descrizione	Numero di dimissioni con diagnosi droga-correlate per diagnosi menzionata	Proporzione grezza (%) di dimissioni per diagnosi menzionata		ASPR (b)	Intervallo di confidenza (95%)
			Dimessi con diagnosi droga-correlate (N=4,541,172)	Altri dimessi (N=14,959)		
001-139	Malattie infettive e parassitarie	13.560	90,6	21,6	4,1	(4.1 - 4.1)
di cui:						
012	Candidiasi	183	12	0,1	14,6	(12.7 - 16.7)
070	Epatite virale	1413	9,4	0,6	13,4	(12.7 - 14.2)
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV) (c)	804	5,4	0,5	11,1	(10.4 - 11.9)
140-239	Tumori	285	1,9	13,9	0,2	(0.2 - 0.3)
240-279	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi	362	2,4	3,0	0,8	(0.8 - 0.9)
280-289	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	362	2,4	3,0	0,8	(0.8 - 0.9)
290-319	Disturbi psichici	9.693	64,8	4,5	13,7	(13.5 - 13.8)
di cui:						
301	Disturbi di personalità	3.371	22,5	0,6	29,3	(28.3 - 30.3)
303	Sindrome di dipendenza da alcool	1452	9,7	0,3	28,1	(26.6 - 29.6)
312	Disturbo della condotta, non classificato altrove	201	1,3	0,1	18,7	(16.0 - 21.8)
298	Altre psicosi non organiche	787	5,3	0,3	13,2	(12.2 - 14.2)
309	Reazione di adattamento	303	2,0	0,2	12,9	(11.5 - 14.5)
296	Disturbi episodici dell'umore	1932	12,9	1,1	11,2	(10.8 - 11.7)
300	Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	849	5,7	0,8	9,7	(9.2 - 10.3)
307	Sintomi o sindromi speciali non classificati altrove	282	1,9	0,3	9,0	(8.2 - 10)
295	Psicosi schizofreniche	738	4,9	0,8	5,4	(5.0 - 5.8)
320-389	Malattie del sistema nervoso e degli organi di	1.955	13,1	6,8	2,9	(2.8 - 3)
di cui:						
346	Emicrania	1369	9,2	0,2	80,0	(76.5 - 83.6)
345	Epilessie e crisi ricorrenti	223	1,5	0,7	2,4	(2.1 - 2.7)
390-459	Malattie del sistema circolatorio	1.097	7,3	14,4	0,7	(0.7 - 0.7)
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	998	6,7	6,6	1,2	(1.1 - 1.2)
di cui:						
518	Altre malattie del polmone	407	2,7	1,4	2,3	(2.1 - 2.5)
491	Bronchite cronica	160	1,1	1,0	1,6	(1.4 - 1.8)
520-579	Malattie dell'apparato digerente	1.323	8,8	13,0	0,7	(0.7 - 0.8)
di cui:						
571	Malattia epatica cronica e cirrosi	848	5,7	1,7	3,7	(3.5 - 3.9)
580-629	Malattie dell'apparato genitourinario	341	2,3	12,5	0,2	(0.2 - 0.2)
680-709	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	294	2,0	2,2	0,8	(0.7 - 0.9)
710-739	Malattie del sistema osteomuscolare e tessuto	365	2,4	10,3	0,3	(0.3 - 0.3)
780-799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	809	5,4	5,7	1,1	(1.0 - 1.2)
800-999	Traumatismi ed avvelenamenti	1.100	7,4	8,2	0,9	(0.9 - 1.0)
di cui:						
965	Avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici	343	2,3	0,0	289,3	(253.5 - 330)
969	Avvelenamento da sostanze psicotrope	193	1,3	0,0	28,0	(24.2 - 32.5)

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

(a) Le diagnosi sono raggruppate secondo i settori e le categorie (codici a tre caratteri) della classificazione Icd9cm. Sono riportati solo i settori Icd9cm in cui si sono verificati almeno 150 ricoveri. Per le categorie, invece, sono riportate solo quelle con una proporzione grezza nelle dimissioni droga-correlate maggiore del 1% e un valore positivo statisticamente significativo dell'associazione (valore inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% superiore a 1).

(b) Age-Standardized Proportion Ratio

(c) Incluso AIDS. Nel ICD9CM non è previsto un codice specifico per l'AIDS.

3.5 Nota su importanza dello studio della comorbidità droga correlata

Le sostanze psicoattive sono dotate di azione farmacologica diretta sul sistema nervoso centrale e sono in grado di influenzare l'individuo nella sua interezza fisica e psichica. Il consumo di sostanze è sempre più spesso associato a compromissione della sfera psichica a diversi livelli, dal disagio psicologico ai disturbi psichiatrici e questa associazione non è più limitata alla dipendenza, ma riguarda tutto il consumo di sostanze. Anche il DSM V, tenendo conto del nuovo scenario dei consumi, non considera separatamente le diagnosi di "abuso" e di "dipendenza", ma le fonde in un unico disturbo da uso di sostanze graduandolo da lieve a grave. Se da una parte ancora si discute se sia l'uso di sostanze a provocare la compromissione della sfera psichica o, al contrario, se sia una predisposizione psicopatologica a portare all'uso di sostanze, dall'altra si osservano in crescita (nella pratica clinica giornaliera) problemi a livello psichico, dai disturbi d'ansia e dell'umore, alle fobie, ai comportamenti ossessivo-compulsivi, alle psicosi talvolta irreversibili associate al consumo anche non continuativo di vecchie e nuove molecole. Sempre più spesso nei dipartimenti di emergenza viene richiesta una consulenza psichiatrica per soggetti assuntori di sostanze; cresce il numero di consumatori indirizzati dai servizi pubblici a comunità terapeutiche specifiche per soggetti con doppia diagnosi; le Società scientifiche di psichiatria, in numerosi incontri, hanno segnalato un preoccupante incremento di soggetti in giovane età per i quali sono state diagnosticate vere e proprie psicosi. Casi emblematici legati all'uso di nuove sostanze psicoattive sono stati segnalati anche attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Rapida sulle Droghe.

Nonostante l'accresciuta attenzione, poco è dato sapere sulla reale dimensione dell'impatto del consumo di sostanze e salute mentale nel nostro paese, Ad eccezione dei dati rilevati dai dipartimenti delle dipendenze sull'utenza di tossicodipendenti in carico e registrati dal Ministero della sanità (tabella nel capitolo sull'attività dei servizi), non esistono ad oggi statistiche ufficiali sulla dimensione della comorbidità psichiatrica in assuntori. I soli dati disponibili sono prodotti nell'ambito di studi geograficamente limitati, da osservazioni nella comunità dei professionisti e in alcune strutture di recupero. Si tratta però di dati diffusi ed a volte confliggenti, non raccolti con metodo e sistematicità in quanto non richiesti dalle istituzioni. Tutto ciò è fonte di diverse posizioni sull'opportunità o meno di trattare gli aspetti psichiatrici in questo capitolo. Pur riconoscendo unanimemente la centralità della problematica, consapevoli dell'attenzione crescente che il tema riveste nella pratica clinica e nella programmazione delle attività ed organizzazione dei servizi socio-sanitari, a riguardo della morbidità droga-correlata nella presente Relazione si è operata la scelta di limitarsi ad introdurre la problematica con l'auspicio che una raccolta sistematica dei dati possa essere avviata già nell'immediato futuro dalle diverse fonti. A tal fine si sottolinea l'importanza di utilizzare un approccio integrato quantitativo-qualitativo poiché è nelle possibilità di quest'ultimo rilevare in assuntori di droghe segnali precoci di disagio mentale, prodromi di veri e propri disturbi psichiatrici.

DSM-V

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati nella ricerca e nella pratica clinica da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo. Arrivato alla quinta revisione (DSM-V), questo Manuale dell'*American Psychiatric Association* è uno strumento di diagnosi e classificazione universalmente utilizzato in psichiatria.

Allegato 1 - Elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST

Piemonte

Centro per le Malattie Sessualmente Trasmesse

I Clinica Dermatologica S. Lazzaro

Ospedale delle Molinette

Via Cherasco, 23

10123 Torino

Responsabile: **Sergio DELMONTE**

Collaboratore: **Elena Stroppiana**

Liguria

Centro MST-SC Dermatologia

Ospedale Galliera di Genova

Via Mura delle Cappuccine, 14

16128 Genova

Responsabile: **Luigi PRIANO**

Lombardia

Centro MTS - Istituto Scienze Dermatologiche

Fondazione Ca' Granda

Università di Milano

Via Pace, 9

20122 Milano

Responsabile: **Marco CUSINI**

Collaboratore: **Stefano Ramoni**

Istituto Malattie Infettive e Tropicali

Spedali Civili di Brescia

Università degli Studi di Brescia

Piazza Spedali Civili, 1

25125 Brescia

Responsabile: **Alberto MATTEELLI**

Collaboratore: **Sara Bigoni**

UO Medicina Transculturale e Malattie a trasmissione sessuale

ASL Brescia

Viale Piave, 40

25123 Brescia

Responsabile: **Issa EL HAMAD**

Collaboratore: **Carla Scolari**

Trentino-Alto Adige

Centro Dermatologia Sociale - MTS

Ospedale Regionale S. Chiara

Via Gocciadoro, 82

38100 Trento

Responsabile: **Franco URBANI**

Collaboratore: **Laura Rizzoli**

Friuli-Venezia Giulia

Centro MST

Presidio Preventivo Epidemiologico Provinciale AIDS

Via Vittorio Veneto, 181

34170 Gorizia

Responsabile: **Gianmichele MOISE**

Collaboratore: **Marina Trabeni**

Emilia-Romagna

Centro MTS - Clinica Dermatologica

Ospedale S. Orsola

Via Massarenti, 1

40138 Bologna

Responsabile: **Antonietta D'ANTUONO**

Collaboratore: **Valeria Gaspari**

Toscana

ASF/Dipartimento di Chirurgia e Medicina traslazionale

Università di Firenze

Presidio Ospedaliero P. Palagi

V.le Michelangiolo, 41

50125 FIRENZE

Responsabile: **Giuliano ZUCCATI**

Collaboratore: **Laura Tiradritti**

Lazio

Centro MST/HIV

Istituto Dermatologico San Gallicano

Via Fermo Ognibene, 23

00144 Roma

Responsabile: **Antonio CRISTAUDO**

Collaboratore: **Alessandra Latini**

Puglia

Clinica Dermatologica Universitaria

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

Responsabile: **Mauro GRANDOLFO**

Sardegna

Centro MST - Clinica Dermatologica

Azienda Ospedaliero Universitaria

Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche

PO S. Giovanni di Dio

Via Ospedale, 46

09124 Cagliari

Responsabile: **Monica PAU**

Collaboratore: **Roberta Satta**

Bibliografia

- Italia. Decreto Ministeriale 31 marzo 2008. Istituzione del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. *Gazzetta Ufficiale* n. 175, 28 luglio 2008.
- CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1987;36 (Suppl 1):1-15.
- Ancelle Park, R.A. (1993). Expanded European AIDS cases definition (letter). *Lancet*, 341-441.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2007
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2008
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2009. Elaborazioni 2010. 2010
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2010 -elaborazioni 2011. 2011
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012. -elaborazioni 2012. 2012
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2012 e primo semestre 2013- elaborazioni 2013. 2013
- World Health Organization. Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Breaking the chain of transmission. Geneva: WHO; 2007.
- www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMalattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentieservizi
- World Health Organization. Management of patients with sexually transmitted diseases. Technical Report Series, 810. Geneva: WHO; 1991.
- Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. La Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse basate su una rete di centri clinici: 18 anni di attività. *Not Ist Super Sanità* 2012;25(2):3-10
- Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2013. *Not Ist Super Sanità* 2015;28(2):3-43.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Sexually transmitted infections in Europe 1990-2012. Stockholm: ECDC (Surveillance Report, 2014).
- Italia. Allegato A. Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 191, 18 agosto 2011.
- Ministero della Salute. Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990. "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse". *Gazzetta Ufficiale* 8 gennaio 1991, n. 6.

Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. *Eur J Epidemiol* 1986 Dec;2(4):300-4.

Istituto Superiore di Sanità. Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta, SEIEVA. SEIEVA sito web 2014. <http://www.iss.it/seieva>

Crowcroft NS. Hepatitis A virus infections in injecting drug users. *Commun Dis Public Health* 2003;6(2):82-4.

Spada E, Genovese D, Tosti ME, Mariano A, Cucchini M, Proietti L, Di Giuli C, Lavagna A, Crapa GE, Morace G, Taffon S, Mele A, Rezza G, Rapicetta M. An outbreak of hepatitis A virus infection with a high case-fatality rate among injecting drug users. *J Hepatol* 2005;43(6):958-64.

Istat. Demografia in cifre. <http://www.demo.istat.it/>

Fondazione Ismu. Diciottesimo Rapporto sulle migrazioni. Franco Angeli, 2012.

Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014.

Ministero della Salute. LEGGE 27 maggio 1991, n. 165. Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B. 1991. Governo italiano.

Ministero della Salute - DG della Prevenzione- Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Vaccinazioni dell'età pediatrica, in Italia: coperture vaccinali. 29-7-2014.

Gruppo di lavoro ICONA. ICONA 2008: Indagine di COpertura vaccinale NAzionale nei bambini e negli adolescenti. (Rapporti ISTISAN 09/29). 2009. Roma, Istituto Superiore di Sanità.

** Referenti locali del Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta:*

L. Ferrigno, S. Crateri, G. Iantosca (ISS); Sudano L., Ruffier M. (Valle d'Aosta); Fischer M., Augschiller M., Gamper S., Foppa A., Lechthaler T., Thaler J., Steinmair B. (Prov. Aut. Bolzano); Grandi C., Carraro V., Franchini S. (Trentino Alto Adige); Zotti C., Amprino V., Malaspina S., Gallone A., Castella A., Valenza G., Silano V., Ara G., Tacca M.G., Iodice S., Marchisio A.M., Costantino A.M., Giovanetti F., Susani F. (Piemonte); Donadini A., Nespoli C., Trezzi L., Gennati G., Monteverdi A., Boldori L., De Grada P., Gattinoni A., Brugnoli R., Belloni A., Binotto M., Pincioli G., Pesci L., Senegaglia P., Crippa S., Altomonte G., Lodola S., Aquino I., Castelli N., Zecca E., Nieri M., Zecca F., Pasquale L., Piedacci G. (Lombardia); Zorzut F., Rocco G., Brianti G., Gallo T., Zuliani M., Breda A., Feltrin O. (Friuli-Venezia Giulia); Russo F., Zanello F., Mel R., Soppelsa M., Mazzetto M., Russo F., Zolin R., Todescato A., Bacciolo N., Rizzato D., Pupo A., Nicolardi L., Flora M., Boin F., De Sisti C., D'Ettore G., Caracciolo V., Penon M.G., Bellè M., Cafarra L., Zivelonghi G., Soffritti S., Foroni M. (Veneto); Finarelli A.C., Borrini BM. Gualanduzzi C., Capra A., Sacchi A.R., Borrini BM., Mattei G., Gardenghi L., Gianninoni A.R., Sancini R., Dalle Donne E., Rangoni R., Cova M., Bevilacqua L., Fiumana E., Bondi B., Pecci A. (Emilia Romagna); Mela M., Briata M.P., Giuliano M., Turello V., Opisso A., Zoppi G., Torracca P., Ricci MA, Capellini A. (Liguria); Pecori L., Mazzotta F., Balocchini E., Ghiselli G. Marchini P., Di Vito A., Wanderlingh W., Raso E., Mazzoli F., Berti C., Galletti N., Grandi E., Ferrentino M.S., Marinari M.G., Lombardi A., Barbieri A., Bagnoli A., Bandini M., Lezzi I., Verdelli F. Beltrano A., Bindi R., Sansone C.M., Boncompagni G., Zacchini F., Baretta S., Baroncini O., Staderini C., Filidei P., Chiapparini L., Barghini F., Cadoni M. (Toscana); Tagliavento G., Fiacchini D., Damiani N., Pelliccioni A.R., Liverani A., Peccerillo G., Vaccaro A., Spadoni M.R., Rossini R., Pasqualini F., Priori A., Burattini N., Cimica S., Vitale V., Laici F., Migliozi F., Moretti G., Ciarrocchi G., Impullitti S., Angelini C. (Marche); Tosti A., Giaimo M.D.; Buscosi A., Pasquale A.; Ciani C.; Santocchia F., Proietti M.L., Paoloni M. C. (Umbria); Ercole A., Russo P., Cerocchi C., Grillo P., Loffredo M., Labriola V., Pendenza A., Nappi M.R., Buetti P., Santucci L., Mangiagli F., Varrenti D., Aquilani S., Dionette P., Corpolongo D., Di Luzio G. (Lazio); Di Giacomo M., Graziani M., Mancini C., Turchi C., Granchelli C., Soldato G., D'Eugenio F., Albanesi I. (Abruzzo); Ferrara M.A., Citarella A., Fossi E., Parlato A., Alfieri R., Scotto M., Caiazza A. L. (Campania); Chironna M., Prato R., Matera R., Menolascina S., Colamaria R., Azzollini N., Madaro A., Scalzo G., Ancona A., Pedote P., Moffa G., Pagano I., Angelillis R., Ferraro M.,

Aprile V., Turco G. L., Minerba S., Caputi G. (Puglia); Negrone F., Maldini M., Russo T. (Basilicata); Aloia F., Giuffrida S. (Calabria); Mangione R., Consacra R., Cuccia M., Rinnone S. (Sicilia); Delogu F., Fracasso D., Saba A., Puggioni A., Frongia O., Marras M.V., Crasta M.G., Mereu G., Steri G.C., Santus S (Sardegna).

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

Capitolo 4. Mortalità

A cura dell'Istat, del Ministero dell'Interno e dell'Istituto Superiore di Sanità

4.1 Mortalità acuta

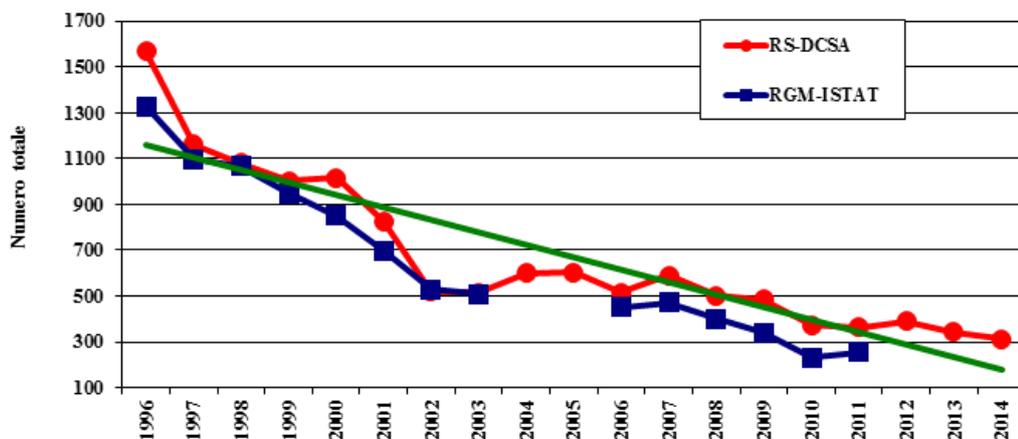
Il consumo di droghe impone alla società tributi da pagare in termini di vite umane per overdose, malattie associate al consumo e comportamenti violenti connessi all'uso di droghe. Anche considerando le sole overdose, in Europa si registrano ogni anno tra i 6.500 e gli 8.500 decessi droga indotti, decessi considerati evitabili.

Nel 2014, il 3,4% di tutti i decessi di cittadini europei tra i 15 ed i 39 anni è stato causato da overdose di stupefacenti e, nel 66% dei casi è stata rilevata la presenza di oppiacei. E' da rilevare che le overdose riguardano non solo consumatori problematici, ma anche semplici consumatori di droghe. La diffusa poliassunzione, la circolazione di droghe adulterate e tagliate in modo nuovo la disponibilità di nuove sostanze psicoattive di elevata potenza, attive a dosi anche sub-molari, contribuiscono ad aumentare i rischi di esito letale, ma anche a complicare gli accertamenti e l'individuazione della sostanza responsabile dell'evento. Tale difficoltà interessa non solo il rilevamento dei casi su base circostanziale ma, se pur in minor misura, anche gli accertamenti tossicologici e forensi. Tutto ciò potrebbe portare ad una sottostima degli eventi, ad una percezione distorta dell'andamento dei decessi per droga e ad abbassare la guardia circa eventuali interventi di prevenzione e di ricerca a tutela della salute pubblica.

Al di là di ogni considerazione, negli ultimi anni si osserva una diminuzione del numero di decessi droga-indotti in gran parte dei paesi europei.

In Italia il numero dei decessi droga-indotti negli ultimi anni è in progressiva riduzione secondo i dati provenienti dal Registro Speciale (RS) della DCSA e dal Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT. Nel 2014 il trend rimane in discesa (Figura 119).

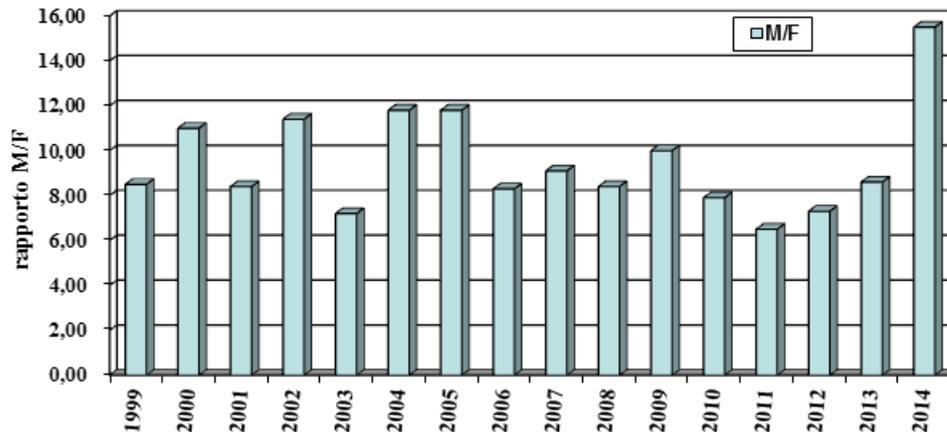
Figura 119: Decessi Droga-indotti. Registro Speciale (RS) e Registro generale di Mortalità (RGM). Italia 1996-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e ISTAT

Nel 2014 sono infatti stati registrati 313 decessi droga indotti contro i 349 del 2013 (-10.3%). I maschi erano 294 (93,9%), le femmine 19 (6,1%) ed il rapporto M/F pari a 15,5 (8,7 nel 2013), il valore più alto registrato dal 1999 (Figura 120).

Figura 120: Decessi Droga Indotti. Rapporto di genere per anno. Italia 1999-2014



Fonte: Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

Sulla base del rapporto M/F del 2013, si rileva un 4,5% di femmine in meno rispetto ad un valore atteso di 35. La quota di stranieri era pari al 6,7 % vs. 8,1 dell'anno precedente.

L'età media dei 313 deceduti era pari a 39,7 anni , Q1=33 anni, Mediana = 41 anni, Q3 = 47 anni. L'età media era di 37,2 anni (23-60) per le femmine, di 39,8 anni (17-60) per i maschi. Nel 2013, 38,2 anni (16-66) era l'età media dei 344 deceduti , Q1 =32 anni, Mediana =39 anni, Q3=45 anni.

Nel 93,2 % dei casi si osserva una coincidenza tra provincia di residenza (compresi gli stranieri che risiedono in Italia) e di ritrovamento dei deceduti facendo ipotizzare una riduzione del nomadismo della droga probabilmente legata alla facilità di reperimento in loco se non addirittura a domicilio.

Relativamente alla sostanza registrata su base circostanziale come direttamente connessa all'evento letale, nel 2014 prevale ancora l'eroina nel 47 % dei casi (n=147), segue la cocaina con 23 decessi (7,3%), il metadone con 10 casi (3,2%), l'amfetamina con un solo caso, Nei rimanenti 142 decessi, cioè nel 45,4% (era il 43,0% nel 2013), non è stato possibile determinare la sostanza.

Figura 121: Decessi indotti da cocaina ed altro da eroina. Percento per anno. Italia 2007-2014

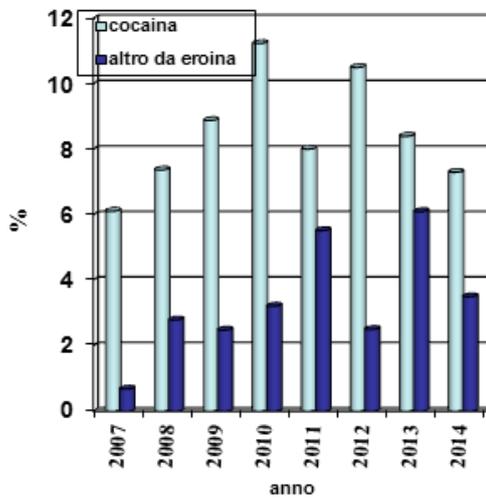
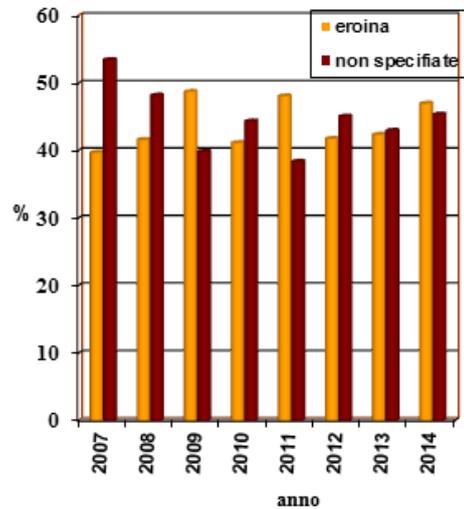


Figura 122: Decessi indotti da eroina e sostanze non specificate. Percento per anno. Italia 2007-2014



Alla contrazione dei casi cocaina indotti si accompagna nel 2014 una riduzione del numero di decessi altro da eroina (Figura 121); non sono state infatti registrate sostanze come ad es. cannabis, barbiturici, benzodiazepine, MDMA presenti nelle statistiche del Ministero dell'Interno per gli anni precedenti. Tra il 2012 ed il 2014, in controtendenza rispetto alla cocaina, si osserva un incremento del numero di decessi eroina-indotti che passano in percentuale dal 41,8 al 42,4 al 47,0 (Figura 122); .in altre parole, per circa 5 casi su 10 si è trattato di una fatale intossicazione acuta indotta da eroina. Il numero delle sostanze non precisate resta elevato facendo ipotizzare che alcune intossicazioni fatali potrebbero essere state indotte da sostanze difficili da identificare su base circostanziale oppure a poliassunzioni E' noto che la poliassunzione accresce il rischio di decesso ed aumenta la difficoltà di attribuire l'evento ad una sostanza anche in caso di controlli post-mortem. La perdita di informazione circa le sostanze, non specificate in oltre il 45% dei casi, rappresenta un significativo ostacolo nel monitorare il trend dei decessi droga indotti. Analizzando i dati in termini di sostanze e ponendo un cutoff a 35 anni di età si rileva come, al netto delle imprecisate, le differenze tra i < 35 anni ed i ≥ 35 anni forniscano indicazioni di interesse per interventi di prevenzione (Tabella 81).

Tabella 81: Decessi droga-indotti in soggetti con età < 35 anni e ≥ 35 anni. Percentuale dei soggetti deceduti sul totale della fascia di età, per tipo di sostanza. Italia, 2014 e 2013.

Maschi				2014	Femmine			
	< 35 anni	≥ 35 anni				< 35 anni	≥ 35 anni	
Amfetamine	0	0,5			Amfetamine	0,0	0,7	
Cocaina	9,9	6,3			Cocaina	20,0	10,3	
Eroina	36,3	51,3			Eroina	73,3	83,8	
Metadone	3,3	3,2			Metadone	6,7	5,1	
Imprecisata	50,5	38,7			Imprecisata	-	-	
N	91	222	313		N	45	136	181

Maschi				2013	Femmine			
	< 35 anni	≥ 35 anni				< 35 anni	≥ 35 anni	
Amfetamine	0,8	1,8			Amfetamine	1,8	2,8	
Cocaina	8,4	8,7			Cocaina	17,5	14,1	
Eroina	29,2	49,3			Eroina	61,4	79,6	
Metadone	7,5	1,8			Metadone	15,8	2,8	
Barbiturici	0,8	0,0			Barbiturici	1,8	0,0	
Hashish	0,8	0,4			Hashish	1,7	0,7	
Imprecisata	52,5	38			Imprecisata	-	-	
N	120	229	349		N	57	142	199

Fonte: Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

Il 63% dei deceduti è stato rinvenuto nell'abitazione (79% delle donne), il 6,5% in ospedale. (10,5% tra le donne), sulla strada il 7% dei casi.

Dal rapporto annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) si evince che nel corso del 2014, i decessi⁵⁹ riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze

⁵⁹ Il dato, tuttavia, non è del tutto consolidato, in quanto si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni patologiche. Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di decessi per droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami autoptici e tossicologici, di cui normalmente dispone l'Autorità Giudiziaria.

di Polizia o segnalati dalle Prefetture si sono attestati su 313 casi, con un decremento del 10,32% rispetto al 2013. Le persone decedute per droga di sesso maschile sono state 294 (93,93%), mentre quelle di sesso femminile 19 (6,07%). Nel tempo il numero delle donne decedute per abuso di droga è stato sempre minore rispetto a quello degli uomini.

Esaminando le fasce di età, le cifre più alte si riscontrano a partire dai 25 anni per raggiungere i picchi massimi nella fascia superiore ai 40 anni.

La causa del decesso è stata attribuita nel 2014 in 147 casi all'eroina, in 23 alla cocaina, in 10 al metadone, in 1 all'amfetamina; in 132 casi la sostanza non è stata indicata.

Figura 123: Andamento del numero di decessi droga correlati secondo la fascia di età e il genere. Anni 2010-2014.

Decessi - andamento quinquennale per fasce di età e sesso										
Fasce di età	2010		2011		2012		2013		2014	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
15 ÷ 19	-	6	3	9	3	10	1	7	-	4
20 ÷ 24	5	28	3	25	4	23	3	20	3	16
25 ÷ 29	8	49	3	39	7	39	10	35	2	24
30 ÷ 34	5	54	12	53	8	56		44	5	36
35 ÷ 39	9	76	5	59	4	80	10	48	1	48
□ 40	15	119	22	132	21	138	12	159	8	166
Totale	42	332	48	317	47	346	36	313	19	294
	374		365		393		349		313	

L'eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi.

4.2 Mortalità Indotta

La Figura 124 mostra il trend del numero assoluto di decessi droga-indotti registrati in Italia nel periodo 1980-2012. Il numero di decessi per questa causa aumenta fino al 1991 con 1.277 casi. Dopo questo picco si assiste a un trend decrescente terminato solo negli ultimi anni. Nel 2012 si

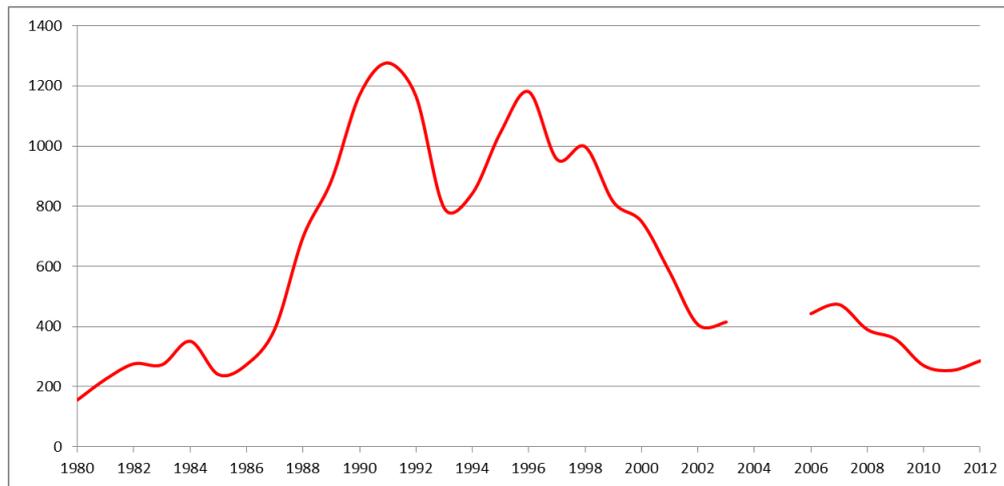
registrano 286 casi. Eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione mediante il calcolo dei tassi standardizzati di mortalità⁶⁰ nel periodo 1992-2012 per la popolazione residente (Figura 125), si evidenzia lo stesso trend descritto per il numero assoluto di decessi, con il valore più elevato nel 1996 (20,1 decessi per 1.000.000 di abitanti) e il più basso nel 2011 (4,1); nel 2012 il tasso aumenta raggiungendo il valore di 4,5 per 1.000.000 di residenti. L'andamento è molto diverso per i due generi: gli uomini infatti mostrano rischi di mortalità droga-indotta più elevati rispetto alle donne. All'inizio del ventennio osservato il rischio degli uomini era circa 10 volte superiore a quello delle donne (35,6 per 1.000.000 versus 3,7) e, sebbene tale distanza si stia riducendo nel tempo, nel 2012 il rischio degli uomini è ancora circa 6 volte più elevato di quello femminile (7,8 versus 1,3). A partire dal 2006 la classe di età con i tassi di mortalità droga-indotta più elevati (Figura 126) è quella di 35-44 anni (nel 2012 il valore del tasso è di 11,1 per 1.000.000 di residenti), diversamente da quanto osservato fino al 2003, quando la classe di età più a rischio era 25-34 anni. Dalla seconda metà degli anni '90 quest'ultima classe di età ha sperimentato una forte riduzione della mortalità per queste cause fino a raggiungere nel 2012 un livello pari a 8,3 per 1.000.000 di residenti. Un calo continuo nell'intero periodo considerato si osserva per il gruppo d'età 15-24 anni (il tasso passa da 33,1 decessi per 1.000.000 di abitanti del 1992 a 2,5 nel 2012). In contrasto con il comportamento degli altri gruppi di età, nel periodo 1992-2012 le persone di età 45-54 anni hanno sperimentato un incremento nella mortalità droga-indotta che, fatta eccezione per il lieve declino del 2010 e 2011, raggiunge il valore di 8,1 nel 2012. Tutti i cambiamenti osservati nei livelli di mortalità hanno avuto come effetto una riduzione delle differenze per età.

La geografia della mortalità droga-indotta è cambiata negli ultimi 20 anni di osservazione (

Figura 127). Dal 1992 al 2001 la mortalità è stata più elevata nell'Italia del Nord e del Centro in confronto alle regioni del Sud e alle Isole. Dal 2002 i valori del Nord e del Sud sono diventati più simili e nel loro complesso più bassi di quelli del Centro. Nel 2012 i tassi di mortalità in queste macro aree variano tra 2,6 per 1.000.000 di abitanti nel Sud e 4,1 nel Nord-Ovest, mentre il Centro mostra valori più elevati (8,5) e una tendenza all'aumento nell'ultimo anno.

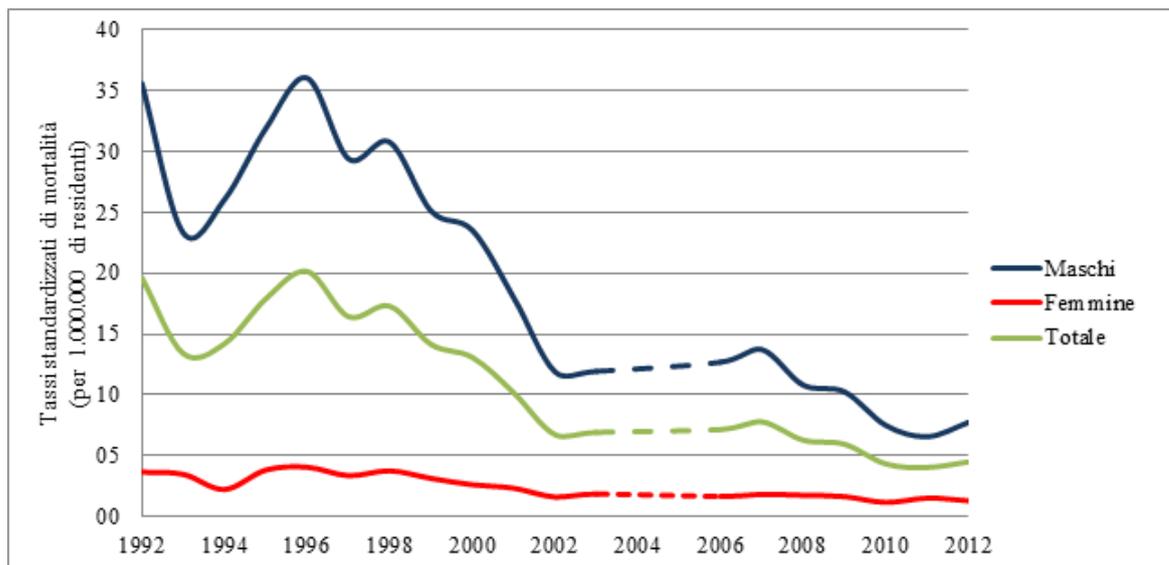
⁶⁰ I tassi standardizzati di mortalità sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9, ... , 90+); la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001.

Figura 124: Trend della mortalità per droga in Italia, per anno di decesso. Numero assoluto di decessi. Popolazione presente, anni 1980-2012.



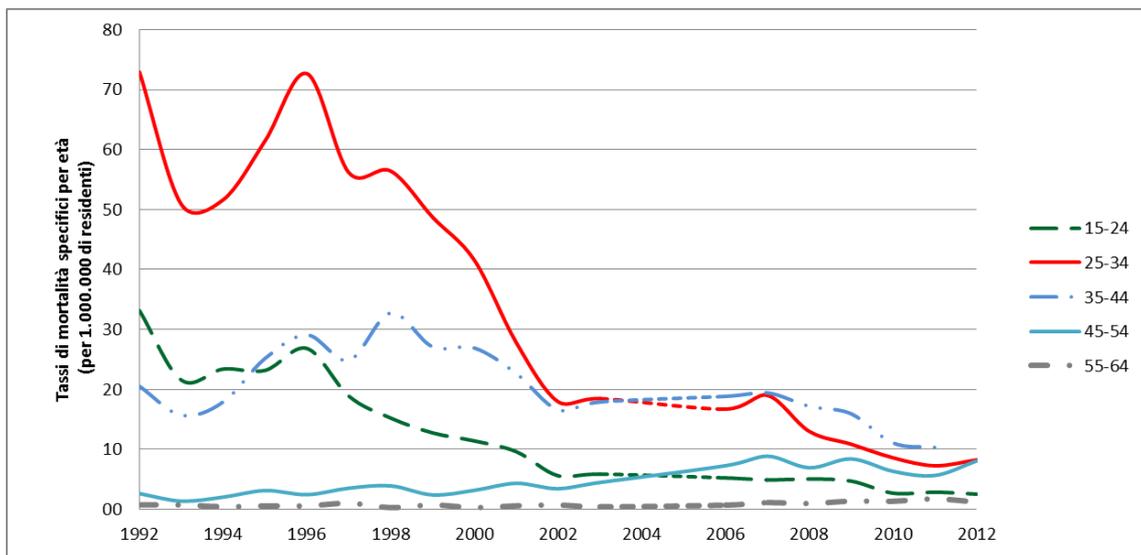
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 125: Trend della mortalità per droga in Italia, per sesso e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



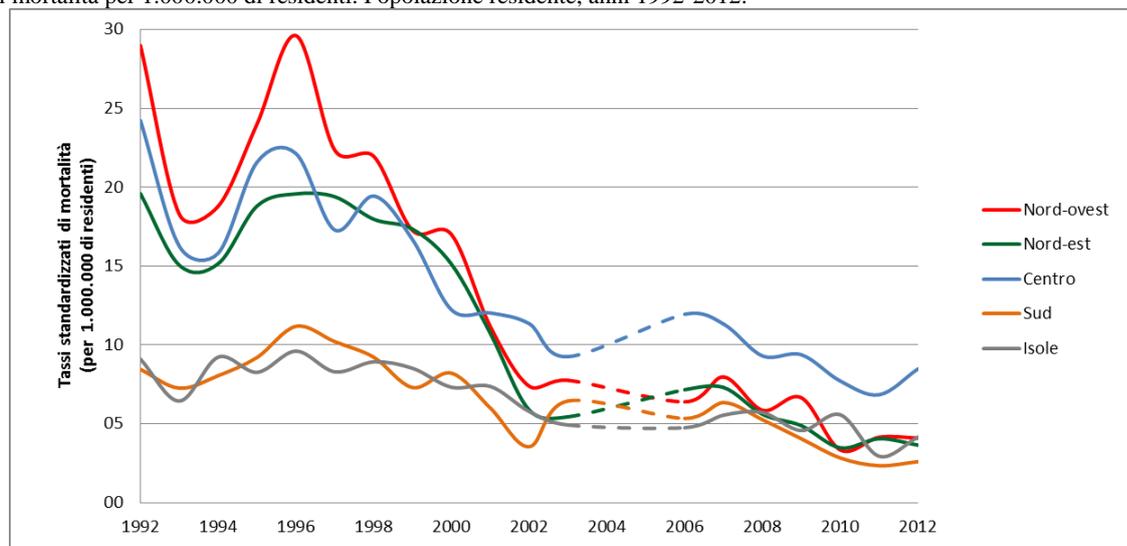
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 126: Trend della mortalità per droga in Italia, per età e anno di decesso. Tassi di mortalità specifici per età, per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 127: Trend della mortalità per droga in Italia, per ripartizione di residenza e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Nella Tabella 82 è mostrato il confronto tra i livelli di mortalità droga-indotta misurati con riferimento alla causa iniziale di morte e alle cause multiple di morte⁶¹, ovvero a tutte le condizioni

⁶¹ La causa iniziale è definita dall'OMS (Classificazione Internazionale delle Malattie, 2000) come (a) la malattia o il traumatismo che avvia il concatenamento degli eventi morbosi che conduce direttamente alla morte, o (b) l'insieme delle circostanze dell'incidente o

droga-correlate menzionate nelle schede di morte, anche se non selezionate come cause iniziali. Questo consente di individuare quei decessi per i quali la condizione di tossicodipendenza o l'abuso di sostanze psicotrope non sono causa scatenante la morte e che pertanto non sarebbero classificati come droga-correlati considerando la sola causa iniziale.

Nel triennio 2010-2012 nella fascia di età 15-64 anni il numero totale di certificati con menzione di uso di droghe o avvelenamento è pari a 1.301, ovvero l'80% in più rispetto al numero basato sulla sola causa iniziale di morte (729 casi). Il rapporto multiple su iniziale differisce in base all'età e mostra valori più elevati per i gruppi di età più avanzata (da 1,2 per 15-24 anni si arriva a 3,2 per 55 anni e più).

Come osservato per la causa iniziale di morte anche le menzioni delle cause droga-correlate differiscono per genere e sono circa 6 volte maggiori negli uomini che nelle donne: il tasso standardizzato è, rispettivamente, 19 e 3,1 per 1.000.000 di abitanti (Figura 128), con differenze non significative nel rapporto multiple su iniziale (1,8 nei maschi e 1,6 nelle femmine).

della violenza che hanno provocato la lesione traumatica mortale. La causa iniziale è quella che normalmente compare nelle statistiche ufficiali di mortalità. Tuttavia sui certificati di morte, i medici certificatori riportano generalmente anche altre condizioni che hanno avuto un ruolo nel causare il decesso ma che non sono cause iniziali (cause associate). L'analisi delle cause multiple consente di tenere conto oltre che della causa iniziale di morte, anche delle cause associate.

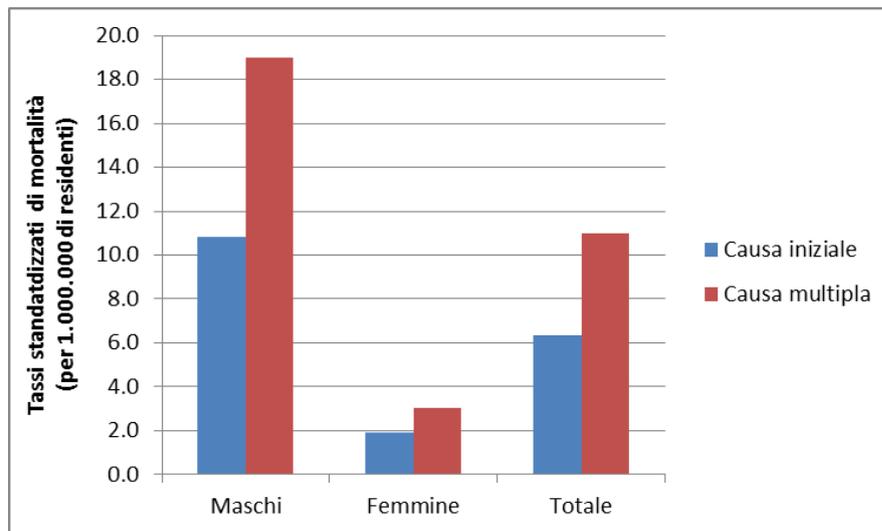
Tabella 82: Mortalità droga-correlata in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso e classe di età. Numero assoluto e tassi grezzi (per 1.000.000 di residenti). Popolazione residente di 15-64 anni, triennio 2010-2012 (a).

Età	Causa iniziale		Causa multipla		Rapporto multipla/iniziale
	Decessi	Tasso grezzo	Decessi	Tasso grezzo	
Maschi					
15-24	36	4,03	45	5,04	1,3
25-34	153	14,47	197	18,64	1,3
35-44	259	18,79	420	30,48	1,6
45-54	147	11,47	374	29,19	2,5
55-64	20	1,88	79	7,44	4,0
Tot (15-64)	615	10,84	1.115	19,66	1,8
Femmine					
15-24	11	1,29	12	1,41	1,1
25-34	20	1,89	24	2,27	1,2
35-44	43	3,09	65	4,67	1,5
45-54	28	2,11	63	4,75	2,3
55-64	12	1,06	22	1,94	1,8
Tot (15-64)	114	1,98	186	3,23	1,6
Totale					
15-24	47	2,69	57	3,27	1,2
25-34	173	8,19	221	10,46	1,3
35-44	302	10,91	485	17,52	1,6
45-54	175	6,71	437	16,76	2,5
55-64	32	1,46	101	4,60	3,2
Tot (15-64)	729	6,38	1.301	11,39	1,8

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

(a) I deceduti in Trentino Alto Adige sono stati esclusi dall'analisi poiché i dati delle cause multiple di questo territorio non sono disponibili per tutto il triennio di osservazione

Figura 128: Mortalità per droga in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente di età 15-64 anni, nel triennio 2010-2012.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

L'approccio delle cause multiple di morte consente di analizzare il quadro patologico dei decessi degli utilizzatori di droghe che costituisce un gruppo di popolazione generalmente caratterizzato da un contesto morboso complesso.

Nella Tabella 83 sono riportati i risultati dell'analisi delle condizioni associate alle cause droga-correlate⁶². Il gruppo più fortemente associato con queste cause è quello dei disturbi psichici e comportamentali (Icd-10: F01-F99); in particolare, i disturbi dovuti all'uso di alcol che mediamente sono presenti nei decessi droga-correlati 21,4 (misura di associazione) volte di più rispetto agli altri decessi.

Rilevante è anche il gruppo delle malattie infettive e parassitarie (Icd-10: A00-B99) che è associato ai decessi droga-correlati 3,5 volte di più rispetto agli altri decessi e che è presente in circa il 27% dei certificati di questo gruppo. Tra queste malattie spicca l'epatite virale cronica (Icd10: B18, con misura di associazione pari a 10,3) e con la malattia da HIV (Icd10: B24, con associazione pari a 5).

Un altro gruppo di malattie che risulta fortemente associato con le cause droga-correlate è costituito dalle malattie dell'apparato digerente che compaiono mediamente il doppio delle volte rispetto agli altri certificati. Tra queste cause le associazioni più rilevanti si osservano con le malattie del fegato, specialmente l'epatite cronica (associazione pari a 14,5), confermando il legame già descritto per le epatiti virali, e l'epatopatia alcolica che ha un'associazione pari a 5.

⁶² Come misura di associazione tra cause droga-correlate e condizioni specifiche riportate nel certificato di morte, è stata usata una stima del rapporto delle proporzioni standardizzato per età (Age-Standardized Proportion Ratio - ASPR) (Drug induced mortality: a multiple cause approach on Italian causes of death Register. Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2015, Volume 12, Issue 1 - Suppl 1).

Sebbene i tumori nel complesso risultino non associati alle cause droga correlate, tra di essi il tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici fa registrare un'associazione significativa di 1,6.

Infine, le malattie del sistema circolatorio prese nell'insieme (Icd10: I00-I99) hanno una associazione positiva ma molto bassa. All'interno di questo gruppo tuttavia, le endocarditi acute e subacute (Icd10: I33) sono presenti 14 volte più frequentemente negli utilizzatori di droghe rispetto ai non utilizzatori.

Tabella 83: Misure di associazione, standardizzate per età, di alcune condizioni con le cause droga-correlate (definite in base alla selezione B dell'Emcdda) menzionate nei certificati di morte. Decessi dei residenti in Italia avvenuti nel triennio 2010-2012 in età compresa tra 15 e 64 anni.

Cause		Numero di decessi per causa menzionata tra i deceduti per cause droga-correlate	Proporzione grezza (%) di decessi per causa menzionata sul certificato di morte		ASPR	CI 95%
Codice ICD10	Descrizione		Decessi droga-correlati (N=1,301)	Altri decessi (N=212,063)		
A00-B99	Alcune malattie infettive e parassitarie	346	26,6	9,9	3,5	(3.2 - 3.7)
di cui:						
B18	Epatite virale cronica	263	20,2	2,4	10,3	(9.4 - 11.4)
B23	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre condizioni morbose	11	0,8	0,1	5,8	(3.1 - 11.0)
B20	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo a malattie infettive o parassitarie	33	2,5	0,4	5,6	(3.9 - 8.1)
B24	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] non specificata	82	6,3	1,2	5,0	(4.0 - 6.2)
B22	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre malattie specificate	17	1,3	0,3	4,2	(2.6 - 6.5)
B16	Epatite acuta B	11	0,8	0,3	2,6	(1.4 - 5.0)
B99	Altre e non specificate malattie infettive	18	1,4	0,5	2,4	(1.4 - 3.9)
A41	Altre forme di setticemia	85	6,5	6,0	1,4	(1.2 - 1.7)
C00-D48	Tumori	80	6,1	51,3	0,2	(0.2 - 0.3)
di cui:						
C22	Tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici	33	2,5	2,8	1,6	(1.2 - 2.1)
D50-D89	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	51	3,9	4,6	0,5	(0.4 - 0.8)
di cui:						
D68	Altri difetti della coagulazione	10	0,8	0,3	2,4	(1.2 - 4.8)
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	80	6,1	12,4	1,4	(1.3 - 1.6)
di cui:						
E66	Obesita	24	1,8	1,9	2,1	(1.6 - 2.8)
F01-F99	Disturbi psichici e comportamentali	229	17,6	4,2	7,3	(6.7 - 7.9)
di cui:						
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	162	12,5	1,0	21,4	(19.1 - 24)
F32	Episodio depressivo	28	2,2	0,9	5,4	(4.2 - 6.9)
F17	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco	15	1,2	0,5	4,6	(3.2 - 6.6)
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	77	5,9	8,2	0,8	(0.6 - 0.9)
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	579	44,5	48,3	1,1	(1.1 - 1.2)
di cui:						
I33	Endocardite acuta e subacuta	14	1,1	0,1	14,0	(9.2 - 21.2)
I42	Cardiomiopatia	10	0,8	1,1	3,2	(2.4 - 4.3)
I85	Varici esofagee	31	2,4	0,7	2,3	(1.5 - 3.4)
I61	Emorragia intracerebrale	30	2,3	2,6	1,6	(1.3 - 2.1)
I51	Complicanze e descrizioni mal definite di cardiopatia	100	7,7	6,2	1,3	(1.1 - 1.6)
I50	Insufficienza cardiaca	49	3,8	4,1	1,3	(1.0 - 1.6)

I25	Cardiopatía ischemica cronica	35	2,7	6,6	1,3	(1.1 - 1.5)
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	421	32,4	24,2	1,3	(1.2 - 1.4)
di cui:						
J44	Altre pneumopatie ostruttive croniche	21	1,6	2,4	3,2	(2.7 - 3.9)
J81	Edema polmonare	216	16,6	4,2	2,2	(1.8 - 2.6)
J18	Polmonite da microorganismo non specificato	59	4,5	3,9	1,4	(1.1 - 1.7)
K00-K92	Malattie dell'apparato digerente	331	25,4	16,0	2,0	(1.8 - 2.2)
di cui:						
K73	Epatite cronica non classificata altrove	15	1,2	0,2	14,5	(10.2 - 20.5)
K70	Epatopatia alcolica	46	3,5	1,3	5,0	(4.0 - 6.2)
K74	Fibrosi e cirrosi epatica	214	16,4	5,1	3,6	(3.2 - 4)
K76	Altre malattie del fegato	86	6,6	2,7	2,3	(1.8 - 2.8)
K72	Insufficienza epatica non classificata altrove	89	6,8	5,1	1,4	(1.1 - 1.7)
L00-L99	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	25	1,9	0,7	4,0	(2.9 - 5.4)
N00-N99	Malattie dell'apparato genitourinario	62	4,8	8,5	0,8	(0.6 - 0.9)
R00-R99	Sintomi, segni e altre condizioni morbose mal definite	520	40,0	34,0	1,0	(0.9 - 1.1)
di cui:						
R75	Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana [HIV]	19	1,5	0,1	10,2	(6.3 - 16.5)
R09	Altri sintomi e segni che interessano gli apparati circolatorio e respiratorio	200	15,4	5,2	2,9	(2.6 - 3.3)
R18	Ascite	25	1,9	1,6	2,1	(1.5 - 2.8)
V00-Y99	Cause esterne di mortalità	552	42,4	14,0	1,8	(1.6 - 2)

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

In tabella sono riportate le proporzioni e le misure di associazione per le malattie raggruppate secondo i settori della classificazione Icd10 e per le categorie (codici a tre caratteri). Sono presentati tutti i settori Icd10 in cui ci siano stati almeno 10 casi. Per le categorie, invece, sono riportate solo quelle con almeno 10 casi e per le quali sia stato rilevato un valore significativamente positivo dell'associazione (valore inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% superiore a 1).

Bibliografia

EMCDDA – “Mortality Related to Drug Use in Europe: Public Health and Implication”. 2011.
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/mortality>)

EMCDDA – “European Drug Report 2015. Trends and developments 2014”

Nunziata Barbera, Francesco Paolo Busardò, Francesca Indorato, Guido Romano. “The pathogenetic role of adulterants in 5 cases of drug addicts with a fatal outcome”. *Forensic Sci.Int.* 227 (2013) 74-76.

Francesco Grippo, Marilena Pappagallo, Alessandra Burgio, Roberta Cialesi. “Drug induced mortality: a multiple case report on Italian causes of death Register” *Epidemiology Biostatistics and Public Health* – 2015 vol. 12, Issue 1, Suppl. 1, e1-e13,

Borriello R, Carfora A, Cassandro P, Petrella R. “A five years study on drug-related deaths in Campania (Italy)” *Annali dell’Istituto Superiore di Sanità*, 2014, 50(4):328-33. DOI:10.4415/ANN_14_04_06.

DCSA, Ministero dell’Interno, Relazione annuale relativa all’anno 2014.

<http://img.poliziadistato.it/docs/annuale>

Capitolo 5. Accertamenti lavorativi

A cura del Ministero della Salute

5.1 Dati sugli accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenze e di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro

Introduzione sul quadro legislativo in materia di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro

Le attività di indirizzo normativo e di coordinamento in tema di salute e sicurezza sul lavoro sono state affidate, a livello centrale e per le rispettive competenze, al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della Salute e, a livello territoriale, alle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Sono state inoltre ampliate le funzioni assegnate ad INAIL, cui è stato affidato un ruolo centrale nell'ambito del sistema di prevenzione, in termini di sostegno al Ministero della Salute e alle Regioni e Province Autonome per le azioni strategiche a carattere preventivo.

Una delle novità di maggior peso sotto il profilo sostanziale introdotte dal D.Lgs 81/08, rispetto al D.Lgs 626/94, ha riguardato l'evoluzione del concetto di "sorveglianza sanitaria" che, come sintetizzato nella definizione dell'articolo 2, interessa ormai l'intero ambito di tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, nei confronti dei rischi professionali, ambientali ed organizzativi, presenti nel luogo di lavoro.

La sorveglianza sanitaria, da semplice procedura di controllo per la diagnosi precoce di malattie professionali e verifica dello stato di salute, si è di fatto trasformata in un insieme di procedure a tutto campo di monitoraggio sanitario, giustificato da evidenze scientifiche e da presupposti giuridici, di fattori predisponenti eventi infortunistici e malattie professionali, che vedono al centro sia il lavoratore, in quanto individuo esposto a rischi particolari di tipo individuale, sia l'intera comunità di lavoratori, questi ultimi esposti collettivamente in un determinato contesto ambientale ed organizzativo lavorativo al rischio di malattie professionali o di infortunio.

Tale evoluzione si basa su una valorizzazione del ruolo e della funzione del medico competente, che può ritenersi un "consulente globale" per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori ed anche una sorta di sentinella avanzata, in grado di verificare sul campo gli effetti delle misure di prevenzione adottate e di individuare precocemente i fenomeni negativi, legati ai nuovi rischi professionali per la salute, in relazione all'utilizzazione di nuove tecnologie, nuovi materiali, nuovi modelli organizzativi e ritmi produttivi, che possono emergere attraverso un'attenta analisi dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

Il presente lavoro di raccolta e di prima analisi, su scala nazionale, delle informazioni relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno 2013, inviate con l'allegato 3B dai medici competenti, ai sensi dell'articolo 40 del Dlgs 81/08, pur con i limiti statistici evidenziati nello stesso documento e la necessità di cautela nella lettura dei dati indicati, tratteggia un primo quadro di riferimento generale della popolazione di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

L'articolo 8, comma 6 del D. Lgs. 81/2008, declina i contenuti che devono comporre i flussi informativi del SINP (sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro) di cui INAIL è titolare del trattamento dei dati e garante della gestione tecnica e informatica, specificando che essi devono riguardare, tra gli altri, il “quadro dei rischi anche in un’ottica di genere” e il “quadro di salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici”.

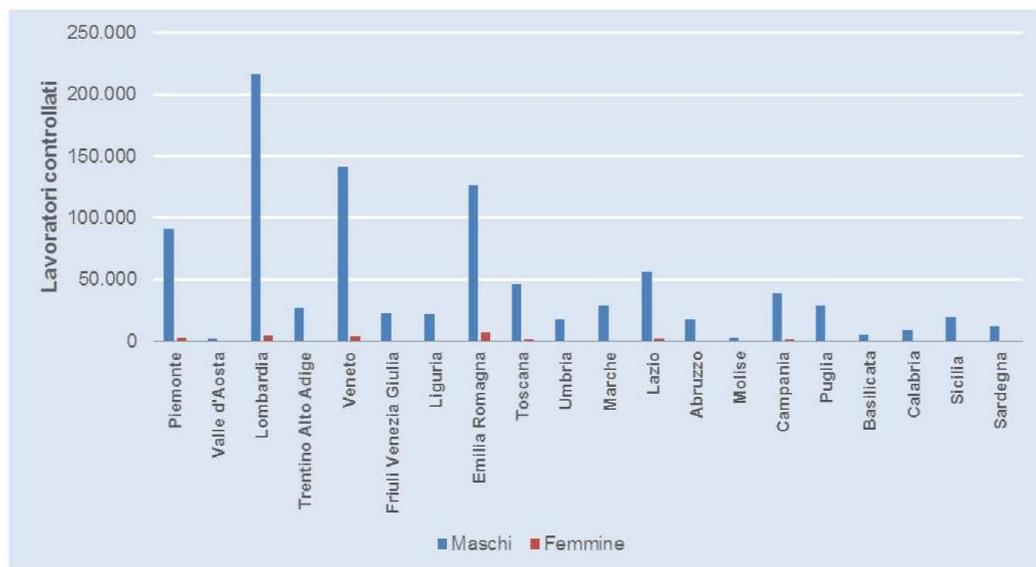
I dati aggregati contenuti nel “cruscotto di monitoraggio” del portale INAIL costituiscono oggi un patrimonio informativo di grande rilevanza per la definizione di un quadro dei rischi indispensabile ad individuare, a livello centrale, obiettivi e programmi delle politiche nazionali di prevenzione ed a indirizzare e programmare le attività di prevenzione a livello territoriale, sviluppando piani che tengano conto delle specificità dei singoli territori.

Uso di sostanze stupefacenti: lavoratori sottoposti a controllo

Il numero di lavoratori sottoposti a controllo per sostanze stupefacenti varia significativamente da regione a regione e rispetto al sesso: nella Figura 129 viene mostrata la distribuzione dei lavoratori sottoposti a controllo per l’uso di sostanze stupefacenti nel 2013.

Riguardo ai lavoratori controllati per l’uso di droghe, rileva il dato della la regione Lombardia con oltre 200.000 maschi controllati, seguita da Veneto ed Emilia Romagna con circa 130.000 maschi; in tutte le altre regioni il numero dei lavoratori maschi controllati è ampiamente al di sotto di 100.000.

Figura 129: Numero di lavoratori sottoposti a controlli per uso di sostanze stupefacenti per regione e per genere. Anno 2013



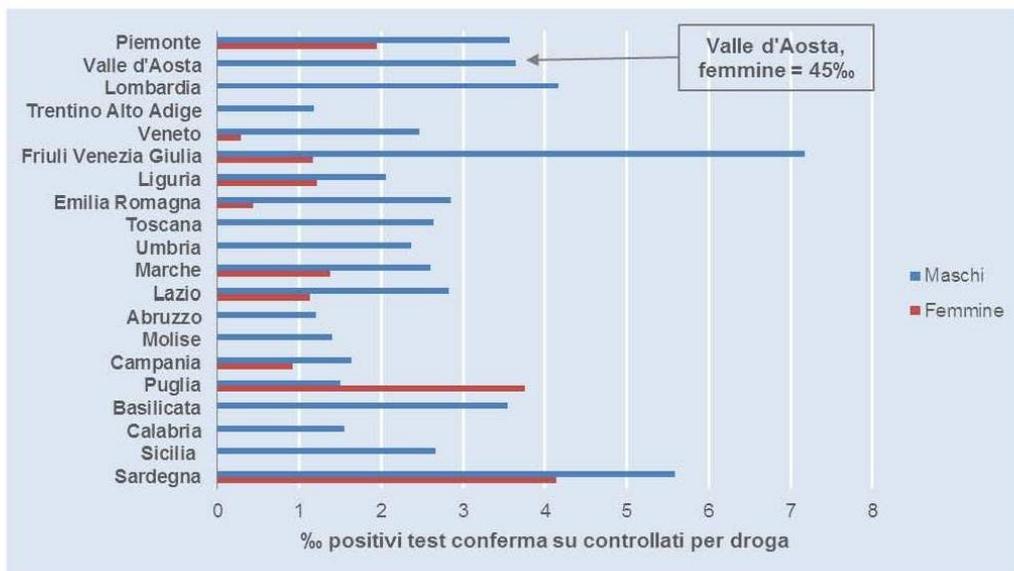
Una particolarità della distribuzione dei lavoratori sottoposti a verifiche per uso di droghe è che la quasi totalità dei controllati è di sesso maschile, essendo in questo caso la presenza femminile quasi nulla in percentuale. Tali evidenti differenze per genere riflettono la diversa distribuzione di maschi e femmine per comparto produttivo: i maschi si collocano più spesso nei comparti dove

l'uso di droghe è più monitorato perché sono più frequenti le mansioni che prevedono l'obbligo di accertamento.

Il dato forse più interessante che è possibile estrarre da questa sezione delle comunicazioni dei medici competenti è costituito dall'esito dei controlli effettuati per sostanze stupefacenti.

Preliminarmente si segnala che i controlli per l'uso di droghe si articolano in due fasi: dapprima viene somministrato un test di screening al campione di lavoratori da controllare, test che presenta un basso livello di affidabilità in caso di esito positivo, ma risulta attendibile per gli esiti negativi. Pertanto, agli individui che risultano positivi al test di screening viene somministrato un test di conferma ad alto valore predittivo. Facendo riferimento a quest'ultimo test, in Figura 130 viene mostrato il numero (moltiplicato per mille) di lavoratori positivi ai test di conferma per droghe sul totale di lavoratori controllati nel 2013, per regione e per sesso. Nel grafico non è stato proiettato il valore registrato dalle lavoratrici in Valle d'Aosta (45‰), in quanto dipende dal contingente di partenza estremamente esiguo: la sua presenza rendeva tutti gli altri valori meno leggibili.

Figura 130: Lavoratori positivi ai test di conferma sul totale lavoratori soggetti a verifiche per droga (per mille), per genere e regione. Anno 2013

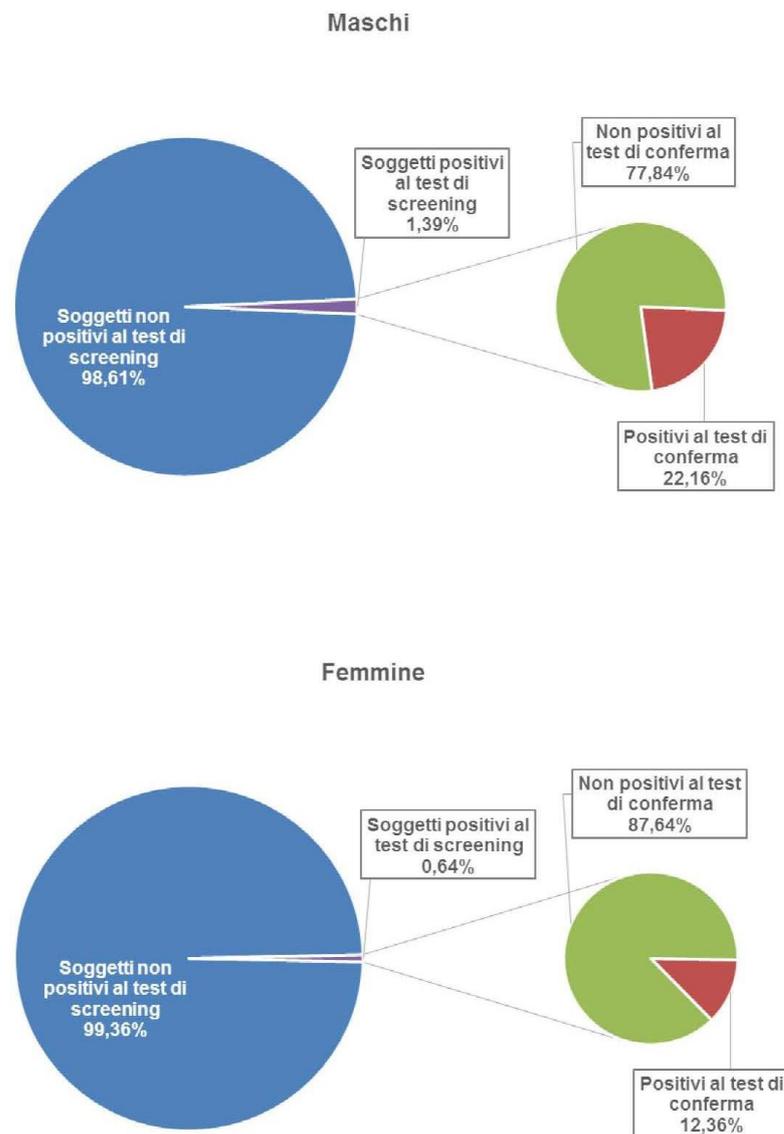


A parte questo valore anomalo, si può osservare il picco del Friuli Venezia Giulia, dove 7 lavoratori su mille controllati risultano positivi ai test di conferma per droghe, seguito da Sardegna (circa 6‰ per i maschi e 4‰ per le femmine), Lombardia, Valle d'Aosta, Piemonte, Basilicata (circa 4‰ per i lavoratori maschi) e Puglia (4‰ per le lavoratrici femmine). Tutte le altre regioni si assestano su valori inferiori al 3‰.

Tornando alla distinzione tra test di screening e test di conferma, può essere utile osservare i grafici riportati in Figura 131. In tale figura si riportano, distintamente per sesso e facendo riferimento all'intero contingente nazionale riferito al 2013, le percentuali di soggetti positivi ai test di screening e, rispetto a questo insieme, le percentuali di soggetti positivi ai test di conferma. Le differenze tra i due generi sono notevoli e meritano di essere commentate. La percentuale di positivi ai test di screening del campione di lavoratori ispezionati è pari a 1,39, oltre il doppio

rispetto allo stesso dato per le lavoratrici (0,64%). Di questo sottoinsieme, nel caso dei maschi il 22,16% è risultato essere positivo agli ulteriori test di conferma, contro il 12,36% osservato nel sottoinsieme femminile.

Figura 131: Percentuale di positivi ai test di screening sui controllati per droga e percentuale di positivi ai test di conferma sul totale positivi ai test di screening a livello nazionale secondo il genere. Anno 2013



Questi risultati mettono in luce non solo le differenze rispetto al fenomeno “uso di stupefacenti” osservabili tra lavoratori di genere diverso, ma anche la bassa validità predittiva dei test di screening, specialmente per i maschi, che (stando ai dati del 2013) hanno solo il 20% di probabilità di risultare positivi ai test di conferma laddove siano risultati positivi al test di screening, probabilità che diminuisce al 12% nel caso delle lavoratrici.

