

Il progetto IPSAD

La prima indagine nazionale IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and Drugs) è iniziata nel 2001 e si è conclusa nel 2002. L'Indagine è stata condotta sulla popolazione generale di età compresa tra 15 e 44 anni, con l'obiettivo di stimare la proporzione di soggetti che fa uso di alcol, tabacco ed altre sostanze psicotrope, legali o illegali, in determinati intervalli di tempo e relativamente alla totalità degli individui residenti in una determinata area geografica.

L'indagine IPSAD è stata realizzata dalla Sezione di Epidemiologia dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche su incarico del Dipartimento degli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Essa rappresenta il primo studio campionario, sulla popolazione generale, condotto a livello nazionale sull'uso di sostanze psicotrope ed è stato svolto sulla base di metodologie e strumentazioni standard proposte dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze (EMCDDA), così da poter ottenere risultati il più possibile confrontabili con gli altri paesi europei.

Le caratteristiche campionarie dei rispondenti

Il campione di individui su cui è stata condotta l'indagine è stato definito in base ad un disegno campionario stratificato a più stadi. Inizialmente le province italiane sono state raggruppate in cluster omogenei secondo una serie di indicatori riguardanti sia caratteristiche socio-demografiche che caratteristiche relative al fenomeno droga. All'interno di ogni cluster sono poi stati presi in considerazione tutti i comuni che appartengono alle province incluse nel cluster e stratificati in base alla definizione "metropolitani"/"non metropolitani".

Secondo questa definizione i primi sono i comuni con più alta densità abitativa e/o limitrofi a grandi centri urbani ed i secondi quelli con più bassa densità abitativa e/o distanti dai grandi centri urbani. Inoltre i comuni sono stati disaggregati in base all'area geografica di appartenenza: Nord, Centro e Sud. In modo casuale sono stati estratti una serie di comuni da ognuna delle celle campionarie ottenute a cui sono state chieste altrettante liste anagrafiche della popolazione residente; è stato così possibile disporre di elenchi aggiornati da cui estrarre i nominativi degli individui a cui somministrare il questionario per via postale.

I soggetti sono stati anch'essi estratti in modo casuale rispettando le proporzioni a livello di area geografica rispetto ad età e sesso. Il questionario è stato inviato a 12.000 individui, che dovevano compilare e rispedire in sede il questionario, in modo anonimo. Con un tasso di risposta del 48,2%, sono stati recapitati 6.000 questionari correttamente compilati; gli individui rispondenti ben si distribuiscono all'interno delle celle di stratificazione del campione.

Di seguito si analizzano alcune caratteristiche dei soggetti che hanno risposto al questionario postale. Nella tabella 4.6 è possibile esaminare la distribuzione percentuale secondo le variabili di stratificazione dell'ultimo stadio di campionamento: sesso ed età. La popolazione raggiunta risulta equamente

distribuita secondo il sesso rispetto alle varie classi di età, se confrontato col totale marginale di colonna; eccetto che per le classi 25-29 anni, in cui gli uomini sono sottorappresentati e le donne soprarappresentate, e viceversa per quella più elevata, relativa ai 40-44enni.

Tabella 4.6 Distribuzione per sesso ed età dei soggetti rispondenti

Sesso dei rispondenti all'interno delle classi d'età (%)			
	Maschi	Female	Totale
15-19	13,1	13,5	13,3
20-24	12,5	13,7	13,1
25-29	16,3	18,1	17,2
30-34	18,8	18,4	18,6
35-39	18,4	19,0	18,7
40-44	20,9	17,3	19,0
Tot.	100,0	100,0	100,0

Anche analizzando la distribuzione rispetto all'area geografica di residenza, gli individui di sesso maschile del campione risultano distribuiti allo stesso modo che le femmine (tabella 4.7).

Tabella 4.7 Distribuzione per sesso ed area geografica dei soggetti rispondenti

Sesso degli intervistati all'interno dell'area geografica(%)			
	M	F	Tot.
Nord-ovest	15,9	15,3	15,6
Nord-est	28,1	29,2	28,7
Centro	29,2	29,2	29,2
Sud	17,0	16,2	16,6
Isole	9,8	10,1	10,0
Tot.	100,0	100,0	100,0

Nella tabella 4.8 si ha la distinzione tra comuni "metropolitani" e comuni "non metropolitani" di residenza. Si osserva che giovani che hanno aderito maggiormente all'indagine risiedono più nei piccoli comuni che nei grossi centri.

Tabella 4.8 Distribuzione per sesso classi d'età ed tipo di comune di residenza dei soggetti rispondenti

I dati riferiti sul fumo di sigarette, sull'alcol e sui farmaci

Il fenomeno del tabagismo tra la popolazione 15-44 anni intervistata, registra un 44,2% di persone che riferisce di non aver mai fumato in vita loro (e di questi il 58,3% sono donne), al momento dell'indagine i fumatori risultano essere il 31,1% della popolazione, e questi sono prevalentemente soggetti con più di 25 anni e, quasi indistintamente, sia uomini che donne (rispettivamente, il 53,8% e il 46,2%). L'analisi dell'intensità del tabagismo evidenzia che il 41% dei fumatori intervistati, dichiara di fumare poco (meno di 5 sigarette al giorno), il 22% dichiara di fumare sia da 6 a 19 sigarette al giorno, mentre il 14,6% è rappresentato dai fumatori di più di un pacchetto al giorno. Il fenomeno è variabile rispetto all'età e al sesso: fumano di più gli uomini rispetto alle donne e di più gli adulti rispetto ai giovani (tabella 4.9).

Tabella 4.9 – Consumo di sigarette distribuito per sesso e per classe d'età

	Numero medio di sigarette fumate in un giorno distinto per sesso (%)			Numero medio di sigarette fumate in un giorno distinto per classe d'età (%)			
			Tot.	15-24		25-34	
	M	F		15-24	25-34	35-44	45-64
Da 1 a 5 sigarette	47,5	52,5	41,0	34,4	35,4	30,2	41,0
Da 6 a 10 sigarette	48,2	51,8	22,3	26,5	40,9	32,7	22,3
Da 11 a 20 sigarette	60,4	39,6	22,1	18,4	42,7	38,8	22,1
Oltre le 20 sigarette	67,5	32,5	14,6	14,2	30,2	55,6	14,6
Totale	53,4	46,6	100	26,1	37,5	36,4	100

Relativamente all'età di primo uso, si rileva che ben un terzo degli intervistati ha iniziato a fumare prima dei 15 anni (e questi sono per il 60% maschi), il 37% circa ha iniziato tra i 15 e i 16 anni (e questi sono per il 54% femmine), il 25% ha iniziato entro i 18 anni (quasi indistintamente, sia per i maschi che per le femmine) e solo un 3,7% ha iniziato "da maggiorenne" (anche in questo caso sia per i maschi che per le femmine). L'analisi per sesso (tabella 4.10) evidenzia che mentre le femmine iniziano prevalentemente più tardi rispetto ai maschi, cioè verso i 15-16 anni (rispettivamente, 40,8% vs. 33,2%), i ragazzi iniziano prevalentemente a fumare entro i 14 anni (39,4% vs.

Tabella 4.10 – Età di primo utilizzo distribuita per sesso

Età di primo uso di sigarette, secondo il sesso (%)			
	M	F	Tot.
prima dei 15 anni	39,4	27,6	33,6
15-16 anni	33,2	40,8	36,9
17-18 anni	24,0	27,6	25,7
oltre i 18 anni	3,4	4,1	3,7
Totale	51,2	48,8	100

Il consumo di bevande alcoliche nel campione studiato della popolazione italiana, registra che, complessivamente, il 79,7% ha bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni, comportamento prevalentemente "maschile" (l'88,6%) e "adulto" (l'uso di alcolici è proprio del 76,3% dei 15-24enni, mentre tra i 35-44enni lo è per l'81,6%). Si osserva che la quota di soggetti che bevono aumenta all'aumentare dell'età (tabella 4.11).

Tabella 4.11 - Consumo di alcol distribuito per sesso e per classe d'età

	Bevuto negli ultimi 30 giorni secondo il sesso (%)			Bevuto negli ultimi 30 giorni secondo la classe d'età (%)			
	M	F	Tot.	15-24	25-34	35-44	Tot.
No	11,4	28,0	20,3	23,7	19,7	18,4	20,3
Si	88,6	72,0	79,7	76,3	80,3	81,6	79,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

L'analisi effettuata sui soggetti che hanno dichiarato di bere alcolici, evidenzia che, relativamente all'età, tra i giovanissimi (15-19 anni) che bevono, la quota maggiore è costituita dalle ragazze (51,3% vs. 48,7% dei ragazzi), mentre nelle classi più adulte (40-44 anni) la maggioranza è costituita dagli uomini (57,3% vs. il 42,7% delle donne); nelle altre classi d'età si osservano sostanzialmente equidistribuzioni tra i generi. L'analisi effettuata separatamente per i due sessi evidenzia che mentre per gli uomini la classe modale è rappresentata dagli over 40 (raccoglie il 21,4% degli uomini), per le donne la classe d'età in cui si beve maggiormente (25% delle rispondenti) è quella delle 35-39enni (tabella 4.12). Come già precedentemente evidenziato, considerando le classi d'età quinquennali, si può osservare ancor meglio che, sia a livello complessivo che per i maschi il comportamento legato al bere aumenta all'aumentare dell'età.

Tabella 4.12 - Consumo di alcol ultimi 30 giorni distribuito per sesso e per classe d'età

	Eta' (in classi quinquennali) dei soggetti che hanno dichiarato di aver bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni secondo il sesso (%)			Eta' (in classi quinquennali) dei soggetti che hanno dichiarato di aver bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni per sesso (%)		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.
15-19 anni	11,3	12,7	12,0	48,7	51,3	100,0
20-24 anni	12,9	13,7	13,3	50,1	49,9	100,0
25-29 anni	16,8	18,3	17,5	49,5	50,5	100,0
30-34 anni	19,2	18,0	18,6	53,3	46,7	100,0
35-39 anni	18,5	20,2	19,3	49,6	50,4	100,0
40-44 anni	21,4	17,1	19,3	57,3	42,7	100,0
Totale	100,0	100,0	100,0	51,7	48,3	100,0

Proseguendo nella caratterizzazione dei consumatori di vino, si evidenzia (tabella 4.13) che mentre coloro che non lo consumano o ne fanno un uso molto sporadico (1 volta al mese) sono prevalentemente le donne e i giovani

(quelli che non hanno mai bevuto vino negli ultimi 30 giorni sono per il 46% i 15-24enni, mentre chi ha bevuto vino 1 sola volta sono per il 38,3% i 25-34enni), i soggetti che, invece, ne fanno un uso più sostenuto (1-3 volte la settimana e 4 volte la settimana o più spesso) risultano essere prevalentemente gli uomini e gli adulti.

Tabella 4.13 – Consumo di vino ultimi 30 giorni distribuito per sesso e per classe d'età

	Frequenza con cui si è bevuto vino negli ultimi 30 giorni, distinta per sesso (%)			Frequenza con cui si è bevuto vino negli ultimi 30 giorni, distinta per classe d'età (%)			
	M	F	Tot.	15-24	25-34	35-44	Tot.
Mai	42,2	57,8	15,0	46,0	31,0	23,0	15,0
1 volta nei 30 giorni	38,5	61,5	17,2	31,8	38,3	29,9	17,2
2-3 volte nei 30 giorni	46,7	53,3	29,7	25,3	41,4	33,4	29,7
1-3 volte la settimana	64,0	36,0	19,9	19,0	39,5	41,5	19,9
4 volte la settimana o più spesso	66,8	33,2	18,2	8,5	26,8	64,8	18,2
Totale	51,7	48,3	100	25,2	36,3	38,5	100

La birra risulta meno bevuta rispetto al vino: i soggetti che non l'hanno bevuta negli ultimi 30 giorni sono il 25,5%, a fronte del 15% dei non bevitori di vino, mentre i forti bevitori (4 volte o più spesso la settimana) di birra sono il 4% circa, a fronte del 18,2% di coloro che bevono vino con la stessa frequenza. Anche il consumo di birra risulta associato al sesso, e in modo progressivo: l'intensità del consumo per le donne è decisamente bassa e decrescente, mentre per gli uomini l'intensità è prevalentemente alta e crescente. Si conferma, così, la relazione osservata per il consumo di vino in relazione al sesso (i "piccoli" consumatori sono prevalentemente donne, mentre coloro che la bevono più frequentemente sono prevalentemente uomini, e ciò in modo ancor più costante). Infine, non si registrano particolari relazioni in base alla classe d'età (tabella 4.14).

Tabella 4.14 – Consumo di birra ultimi 30 giorni distribuito per sesso e per classe d'età

	Frequenza con cui si è bevuto birra negli ultimi 30 giorni, distinta per sesso (%)			Frequenza con cui si è bevuto birra negli ultimi 30 giorni, distinta per classe d'età (%)			
	M	F	Tot.	15-24	25-34	35-44	Tot.
Mai	35,5	64,5	25,5	26,1	34,0	39,8	25,5
1 volta nei 30 giorni	43,1	56,9	21,8	25,1	34,6	40,3	21,8
2-3 volte nei 30 giorni	56,8	43,2	31,2	25,2	37,3	37,5	31,2
1-3 volte la settimana	71,7	28,3	17,7	25,0	38,7	36,2	17,7
4 volte la settimana o più spesso	77,6	22,4	3,9	24,1	37,9	37,9	3,9
Totale	51,8	48,2	100	25,3	36,2	38,5	100

Relativamente ai liquori e/o superalcolici (tabella 4.15), altrettanto meno consumati a livello complessivo (i soggetti che non ne hanno bevuti negli ultimi 30 giorni sono il 44,6%, mentre i forti bevitori - 4 volte o più spesso la settimana - sono solo l'1,3%), si osserva anche in questo caso la stessa

dinamica evidenziata per i consumatori di birra: l'intensità del consumo per le donne è decisamente bassa e decrescente, mentre per gli uomini l'intensità è prevalentemente alta e crescente. In questo modo, i "modici" consumatori sono prevalentemente donne, mentre coloro che bevono superalcolici più frequentemente sono prevalentemente uomini (il 90% circa di chi beve 4 volte o più spesso la settimana è costituito da uomini) e anche in questo caso non si segnalano particolarità legate alla classe d'età (se non che più dei 75% dei forti" bevitori di superalcolici è costituito dai soggetti più adulti).

Tabella 4.15 – Consumo di superalcolici ultimi 30 giorni distribuito per sesso e per classe d'età

	Frequenza con cui si è bevuto liquori e/o superalcolici negli ultimi 30 giorni distinta per sesso (%)			Frequenza con cui si è bevuto liquori e/o superalcolici negli ultimi 30 giorni distinta per classe d'età (%)			
	M	F	Tot.	15-24	25-34	35-44	Tot.
Mai	41,9	58,1	44,6	22,3	34,8	42,9	44,6
1 volta nei 30 giorni	50,9	49,1	25,1	26,1	37,7	36,2	25,1
2-3 volte nei 30 giorni	62,3	37,7	22,2	29,2	38,3	32,5	22,2
1-3 volte la settimana	77,2	22,8	6,8	30,2	38,1	31,7	6,8
4 volte la settimana o più spesso	89,5	10,5	1,3	15,8	15,8	68,4	1,3
Totale	51,7	48,3	100	25,2	36,3	38,5	100

Relativamente alle modalità di uso/abuso di alcolici, si segnala che a fronte di un 22,4% di soggetti che dichiarano di bere un po' tutti i giorni della settimana (e di questi il 75% sono uomini e il 53,6% risultano essere 35-44enni), si registra che ben il 46,4% beve nel fine settimana, sostanzialmente in egual misura sia gli uomini che le donne (rispettivamente, il 53,5% vs. il 46,5%) e prevalentemente tra i giovani di età 25-34 anni (38,5%).

Se si considera il bere legato alle abitudini alimentari, il 62,3% dichiara di bere durante i pasti: questi risultano costituiti per il 55,5% dagli uomini e per il 44,5% dalle donne, e sono prevalentemente adulti (tale modalità raccoglie il 47,9% nella classe d'età 35-44 anni). Inoltre l'uso di alcolici fuori dai pasti caratterizza un il 18,9% degli intervistati, costituito per il 75% circa da uomini e per il 38% circa da giovani (sia la classe 15-24 anni che quella 25-34 anni, mentre nella classe d'età 35-44 tale consumo riguarda il 23,1%).

Relativamente all'uso di farmaci tra la popolazione, risulta che il 22,5% della popolazione ha fatto uso di sedativi e/o tranquillanti, ma di questi ben l'81,4% li ha presi solo dietro prescrizione medica, mentre il 9,3% li ha presi sia senza prescrizione medica che in entrambi i modi. Quest'ultimo gruppo è composto dal 60% da donne e per il 44,6% da soggetti in età 25-34 anni.

L'uso riferito delle sostanze illegali

Infine, un'altra specifica area del questionario è quella relativa all'uso di sostanze illegali tra la popolazione. Per osservare tale fenomeno si riporta di seguito una tabella che riassume ciò in funzione di sesso ed età (in classi), relativamente all'esperienza d'uso nella vita (LTE life time experience), durante l'ultimo anno (LYE last year experience) e durante l'ultimo mese (LME last month experience). Questa tabella costituisce una delle tavole standard dell'Osservatorio Europeo (EMCDDA).

I valori più alti si registrano in merito all'esperienza d'uso nella vita (LTE), in quanto, come risulta dalla tabella 4.16, molti soggetti che hanno utilizzato (una o più volte) tali tipi di droghe nel passato al momento dell'indagine hanno ormai interrotto tale uso.

Si confronti, infatti, l'uso nella vita rispetto all'uso nell'ultimo anno (LYE) di cannabinoidi (rispettivamente, 21,9% vs. 6,2%), cocaina (3,4% vs. 1,1%), ecstasy (1,8% vs. 0,2%), allucinogeni (1,5% vs. 0,2%) e amfetamine (1,5% vs. 0,1%): tali dati evidenziano come a fronte di discrete quote d'uso di sostanze nella vita (soprattutto per i cannabinoidi, ma in misura minore anche la cocaina), l'uso nell'ultimo anno di sostanze illecite sia decisamente basso.

Tuttavia, se si registrano bassi valori a livello complessivo (popolazione 15-44), andando ad analizzare l'uso nell'ultimo anno per classi d'età, si evidenzia che soprattutto tra i ragazzi (maschi fino ai 24 anni) l'uso è presente per il 15% circa di questi (a fronte dell'8,7% delle coetanee, mentre nel LTE tale divario non è così marcato, facendo registrare il 27,2% vs. il 18,9%).

Andando ad analizzare, poi, il consumo di sostanze nell'ultimo mese (LME) si ottiene una misura ancora più precisa di quello che si può considerare l'uso corrente di sostanze tra la popolazione: a questo proposito, se si registrano bassi valori in merito all'uso di sostanze quali cocaina (0,7%), ecstasy e allucinogeni (entrambe prossime allo 0,2%), il consumo di cannabinoidi risulta contenuto a livello generale (4,4% tra la popolazione 15-44 anni), ma tuttavia frequente a livello giovanile, soprattutto maschile (il 12,2% dei ragazzi d'età 15-24 usano cannabinoidi, mentre la quota di ragazze coetanee è di circa la metà; considerando la classe d'età 25-34 anni l'uso tra i maschi è ancor più frequente che tra le femmine, registrando il 7,5% vs. il 2,7%).

L'età di primo uso di cannabinoidi, invece, non evidenzia differenze sostanziali in base al sesso: tra i 15-24 anni sia i ragazzi che le ragazze hanno iniziato prevalentemente tra i 15 e i 16 anni (rispettivamente, il 43,2% dei ragazzi e il 39,2% delle ragazze) mentre tra i giovani più adulti (25-34 anni) l'età prevalente in cui si è iniziato è la classe 17-18, che raccoglie il 32,2% dei maschi e i 28,4% delle femmine.

Pur non tralasciando "l'effetto memoria" (è possibile che tra i più adulti si tenda a "ritardare" la data di primo utilizzo), questo dato evidenzia che, a prescindere dalle differenze tra i sessi nell'uso di cannabinoidi, più frequente tra i ragazzi rispetto alle ragazze, l'età di "avvicinamento" alla sostanza non è precedente per i maggiori assuntori (i maschi, appunto) ma è sostanzialmente la medesima per entrambi i sessi.

Infine, si segnala che relativamente ai soggetti che nella loro vita hanno utilizzato sostanze illegali, nella distinzione tra "grandi" e "piccoli comuni" di residenza degli intervistati, l'uso di tutte le sostanze indicate è sempre maggiore nei capoluoghi (e ciò sempre in misura maggiore per i maschi), tranne che per l'eroina, i cui assuntori risultano essere nella medesima percentuale (1%) residenti sia nei grandi che nei piccoli comuni.

Tabella 4.16 – EMCDDA Tabella standard uso di sostanze illegali tra la popolazione generale

SOSTANZE	Totale adulto (15-64)			Giovani adulto (15-24)			Grandi classificati		
	PREVALENZA NELL'ULTIMA 12 MESI (%)			PREVALENZA NELL'ULTIMA 3 MESI (%)			PREVALENZA NELL'ULTIMA 3 MESI (%)		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1. qualsiasi sostanza illegale	28,4	16,9	22,2	32,5	18,4	24,7	27,5	19,1	22,8
2. cannabinoidi	28,1	16,6	21,9	32,3	18,3	24,5	27,2	18,9	22,6
3. oppiacei (totale)	1,3	0,6	0,9	1,4	0,7	1	1	1	1
4. cocaina (totale, incluso crack)	4,7	2,4	3,4	5,4	3	4	3	1,8	2,3
5. amfetamine	2	1	1,5	2,2	0,8	1,4	1,3	0,3	0,7
6. ecstasy	2,2	1,4	1,8	3,5	1,9	2,6	1,3	1,6	1,5
7. allucinogeni (totale)	2,4	0,8	1,5	3,2	0,8	1,8	3,4	0,8	1,4
8. solventi	1	0,7	0,8	1,4	0,8	1	1,7	0,8	1,2

SOSTANZE	Totale adulto (15-64)			Giovani adulto (15-24)			Grandi classificati		
	PREVALENZA NELL'ULTIMA 12 MESI (%)			PREVALENZA NELL'ULTIMA 3 MESI (%)			PREVALENZA NELL'ULTIMA 3 MESI (%)		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1. qualsiasi sostanza illegale	8,4	4,7	6,4	12,8	6,7	9,4	15,4	8,9	11,8
2. cannabinoidi	8,1	4,5	6,2	12,6	6,5	9,2	15,1	8,7	11,5
3. oppiacei (totale)	0,6	0,3	0,5	1	0,3	0,6	1	0,5	0,7
4. cocaina (totale, incluso crack)	1,6	0,7	1,1	2,6	0,9	1,7	2,7	1,1	1,8
5. amfetamine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-	0,3	0,1
6. ecstasy	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	-	0,3	0,1
7. allucinogeni (totale)	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	0,7	0,3	0,4
8. solventi	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	-	0,1

SOSTANZE	Totale adulto (15-64)			Giovani adulto (15-24)			Grandi classificati		
	PREVALENZA NELL'ULTIMA 12 MESI (%)			PREVALENZA NELL'ULTIMA 3 MESI (%)			PREVALENZA NELL'ULTIMA 3 MESI (%)		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1. qualsiasi sostanza illegale	6,1	3,4	4,6	9,7	4,6	6,9	12,2	6,8	9,2
2. cannabinoidi	5,9	3,1	4,4	9,4	4,4	6,6	12,2	6,8	9,2
3. oppiacei (totale)	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2
4. cocaina (totale, incluso crack)	1	0,5	0,7	1,5	0,7	1,1	1,4	1,1	1,2
5. amfetamine	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. ecstasy	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	-	0,3	0,1
7. allucinogeni (totale)	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	0,7	0,3	0,4
8. solventi	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-	-	-

Stime dei soggetti con problemi legati all'uso di droghe

Quanto riportato nel seguito prende in considerazione le stime di prevalenza dei soggetti consumatori di eroina (la quota sommersa di utilizzatori) secondo i metodi concordati nei gruppi di ricerca e valutazione dell'Osservatorio europeo (EMCDDA), da applicare ai flussi informativi attivi a livello nazionale e relativi alla quota emergente di utilizzatori che hanno impatto con le strutture territoriali. Tali stime vengono realizzate da due gruppi di ricerca italiani che collaborano con l'Osservatorio europeo a tale proposito

(Dipartimento di Matematica - Università di Roma "Tor Vergata" e Sezione di Epidemiologia dell'IFC - CNR).

E' evidente che l'analisi descrittiva di un fenomeno così complesso come quello riguardante l'uso problematico di sostanze illegali, trova un punto fondamentale nella parte che concerne i metodi sviluppati per determinare, a partire dai dati raccolti dalle varie istituzioni coinvolte, l'effettiva consistenza numerica della popolazione in studio. L'utilizzo di dati raccolti in maniera routinaria dalle agenzie territoriali che a vario titolo si occupano del fenomeno droga, dati che confluiscono, in Italia, nei flussi ministeriali pertinenti, permette infatti, adottando le metodologie di calcolo adeguate, di stimare il numero totale di soggetti che presentano problematiche d'uso.

Gli strumenti adottati trovano il loro background teorico nell'ambito di studi internazionali sviluppati dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, cui l'Italia ha contribuito nel passato quale promotrice dei metodi dell'Indicatore Multivariato e della Back-Calculation. Nel corso degli anni sono stati applicati ai dati raccolti in Italia vari metodi tra quelli proposti, metodi che hanno utilizzato vari flussi informativi a carattere ministeriale.

Per l'anno 2002 le metodologie di stima applicabili ai dati raccolti nel nostro paese sono state quattro: il metodo demografico che utilizza i dati inerenti la domanda di trattamento dei nuovi ingressi presso i Ser.T. e la stima della durata media in stato di tossicodipendenza; il metodo cattura-ricattura, basato sui flussi informativi dei Ser.T. e delle strutture del privato sociale; il metodo dell'indicatore multivariato che combina i vari flussi relativi all'impatto del fenomeno con le Forze dell'Ordine, con l'Amministrazione della Giustizia e con i sistemi di intervento terapeutico e riabilitativo pubblici e privati; il metodo di estrapolazione dai dati del Ministero dell'Interno che riguarda le segnalazioni per possesso o uso di sostanze illegali ed i decessi droga correlati.

Stima del numero di soggetti che fanno uso di eroina (valori assoluti delle stime ed intervallo di variazione)

ANNO	Estrapolazione dai dati del Ministero dell'Interno	Estrapolazione dai dati sulla domanda di trattamento	Metodo cattura-ricattura	Metodo dell'indicatore multivariato	Intervallo di variazione della stima
2002	306.653	270.096	281.844	314.002	270.096-314.002

Per l'Italia, nell'anno 2002, si stima quindi che per ogni mille persone di età compresa tra i 15 ed i 54 anni ci siano stati da 8,4 a 9,7 soggetti che nella vita abbiano assunto almeno una volta eroina.

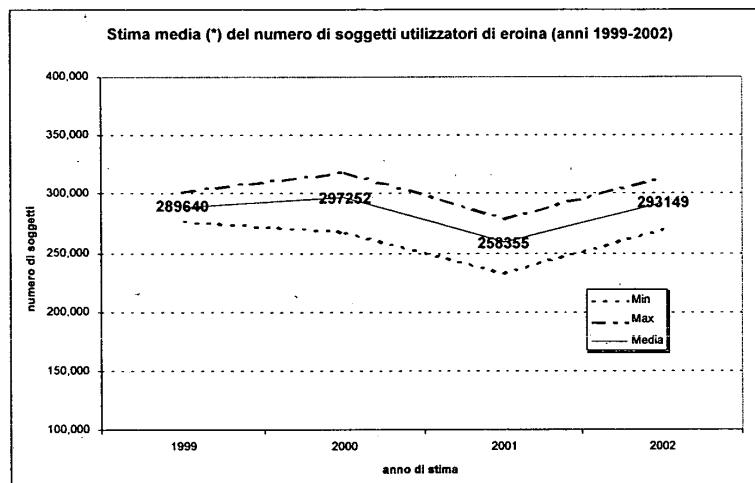
Evoluzione temporale del fenomeno

L'importanza dei valori di stima, calcolati con i vari metodi, può essere valutata in maniera più accurata nel confronto tra le quantità determinate negli anni. Infatti il valore puntuale della stima, ovvero il valore visto relativamente all'anno di pertinenza, consente di valutare l'impatto del fenomeno limitatamente all'anno considerato; al fine dunque di apprezzarne eventuali variazioni è opportuno verificare l'andamento temporale delle quantità stimate.

Stime del numero di soggetti che fanno uso di eroina: anni 1996-2002 (valori assoluti delle stime ed intervallo di variazione)

ANNO	Estrapolazione dai dati del Ministero dell'Interno	Estrapolazione dai dati sulla domanda di trattamento	Metodo cattura-ricattura	Metodo dell'indicatore multivariato	Metodo della Back Calculation	Intervallo di variazione della stima
1996	172.000	299.000	274.000	248.672	326.000	172.000-326.000
1999	281.273	276.746	297.711	302.829	406.176	276.746-406.176
2000	272.513	292.196	309.850	319.447	437.983	272.513-437.983
2001	251.864	279.820	268.660	233.075	470.378	233.075-470.378
2002	306.653	270.096	281.844	314.002	n.a.	270.096-314.002

Dall'analisi dell'andamento temporale del numero di soggetti utilizzatori di eroina si rileva una sostanziale stabilità negli anni presi in considerazione; se si considera come un possibile valore di stima la media aritmetica dei vari metodi utilizzati nei vari anni (*), tale numero oscilla da un massimo di 297.252 soggetti stimati per l'anno 2000, corrispondenti a circa 9,2 soggetti ogni mille di età compresa tra i 15 ed i 54 anni, ad un minimo di 258.355 soggetti stimati per l'anno 2002, corrispondenti a circa 8 soggetti ogni mille, sempre di età compresa tra i 15 ed i 54 anni come riportato in figura seguente.



(*) Stime medie sui diversi indicatori ad esclusione del metodo della Back-Calculation (in attesa di ulteriori approfondimenti metodologici)

La figura mostra l'andamento nei quattro anni considerati, della stima media e dei valori massimi e minimi delle stime calcolati con i diversi metodi disponibili; è interessante notare come lo scarto tra i due valori tenda nel tempo a rimanere costante, segno questo di una ideale e fattiva consistenza e coerenza delle diverse stime ottenute a partire da flussi ministeriali che riguardano aspetti distinti del fenomeno droga.

Decessi Drogen Correlati

I Decessi Drogen Correlati (nel seguito DRD) sono considerati a livello europeo un indicatore indiretto di prevalenza di uso di droga, o meglio di uso problematico di droga. Variazioni di questo indicatore riflettono però anche piccoli mutamenti nella definizione di DRD, nei sistemi di rilevamento, codifica e registrazione, nel contenuto di principio attivo delle sostanze utilizzate, nelle modalità di assunzione, nelle associazioni di sostanze assunte, nello stato fisico del soggetto al momento del consumo. L'entità dei DRD si presenta variabile in relazione alla fonte da cui i dati provengono; l'utilità dell'indicatore ai fini del monitoraggio dell'abuso di droga, nonché di altri problemi connessi alla sanità pubblica, dipende fortemente dalla qualità dei dati prodotti. L'importanza pratica di questo indicatore è alla base dello sforzo costante dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA) in collaborazione con i Punti focali nazionali (PFN) dei paesi dell'U.E., per migliorarne e standardizzarne la qualità, specificità e comparabilità.

Nel nostro Paese i DRD vengono rilevati attraverso due sistemi distinti, il Registro Generale di Mortalità (RGM) ed il Registro Speciale (RS) dei decessi droga correlati, entrambi caratterizzati da una copertura nazionale del territorio, ma distinti per definizione di caso, specificità, articolazione della procedura di rilevamento, tempi e modi di produzione dei dati e loro verifica.

Il Registro Nazionale di Mortalità, curato dall'ISTAT, riguarda tutti i decessi avvenuti nella popolazione generale e le cui cause sono codificate secondo un sistema di classificazione internazionale, l'ICD 9. Attualmente è in atto la fase di implementazione per il passaggio al sistema di classificazione ICD10, evoluzione del precedente, passaggio che si prevede possa essere completato entro il 2004. Tale nuovo sistema consentirà di mettere in evidenza anche i tanti decessi correlati in modo meno diretto alla droga e questo permetterà di costruire un quadro meno sottostimato, più completo ed aderente alla realtà di quanto oggi non sia possibile con la codifica ICD9. Tale possibilità risulta essenziale per monitorare e studiare nuovi elementi o trends emergenti nella mortalità droga correlata, nonché riveste un elevato interesse dal punto di vista conoscitivo, economico e sanitario.

Le statistiche ufficiali che ogni anno il nostro paese produce in termini di DRD sono prodotte sistematicamente dal Ministero dell'Interno a cura della DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) attraverso un Registro Speciale di mortalità droga correlata. Queste statistiche si riferiscono esclusivamente ai decessi direttamente correlati alla droga, per overdose, incidente di assunzione (principalmente per iniezione di eroina), o effetto ipertossico di sostanze concomitanti (in miscele di strada o assunzione concomitante di più sostanze), sono rilevati su base indiziaria, basati sugli eventi e non sulla popolazione a rischio e sulla sua suscettibilità. Non sono rilevati i casi per i quali la droga è indirettamente causa del decesso (es. incidenti o patologie correlate) e i casi di morte per azione diretta della droga per i quali non siano però state interessate le Forze di Polizia.

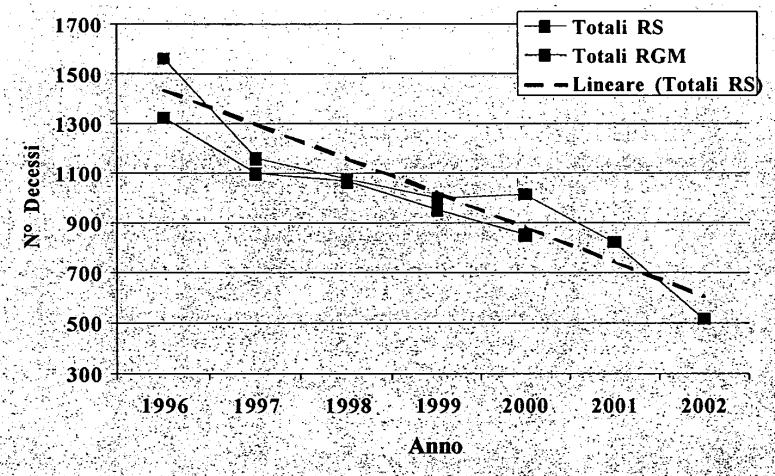
Le cause del decesso vengono stabilite successivamente, ma solo in una parte dei casi, attraverso accertamenti tossicologici ed autoptici quando necessario e richiesto dalla magistratura. Le statistiche prodotte in tal senso dal Gruppo tossicologi forensi (GTF) sono dal 1999 sistematicamente raccolte dal GTF stesso e rese disponibili per il flusso nazionale dei dati DRD.

Entrambi i registri, pur avendo una copertura nazionale, per ragioni differenti, sottostimano la reale entità dei DRD. Ad oggi non è stato possibile, essenzialmente per differenti tempi di raccolta dati e per mancanza di esigenze pregresse, collegare in modo complementare e sinergico i due sistemi ed i relativi archivi. Un collegamento tra i due registri, e con i registri forensi, può compensare questa limitazione a vantaggio della completezza e della qualità dell'indicatore. Il nostro Paese è attualmente impegnato in questa direzione sia per implementare i flussi informativi nazionali sulla droga, sia per sviluppare modalità di produzione e raccolta dati più idonea alle esigenze di armonizzazione e qualità europea, sia per esigenze di comprensione-intervento dal momento che i decessi si verificano non solo tra i tossicodipendenti per via iniettiva, ma sempre più spesso tra assuntori non tossicodipendenti di sostanze diverse dagli oppiacei.

Nel periodo 1 gennaio-31 dicembre 2002 il Ministero dell'interno ha registrato un totale di 516 decessi direttamente connessi alla droga, 475 maschi e 41 femmine, 95.3% italiani e 4.7% stranieri. Il numero dei decessi droga correlati nel paese si è ridotto del 37.4% rispetto all'anno precedente (516 casi contro gli 825). Questa riduzione è evidente in tutte le regioni italiane con fluttuazioni tra lo 0% ed il 75%; Veneto, Puglia, Liguria e Lombardia hanno registrato le riduzioni percentualmente più consistenti. Eccezioni sono rappresentate da Lazio e dalla Campania dove invece si registrano un numero di decessi per droga superiore rispetto al 2001, incrementi rispettivamente pari al 5.4% e 6.3%. La Campania, in controtendenza con il resto del paese, continua a rilevare un trend in crescita (+ 3.7% anche nel 2001). Nella stessa regione, inoltre, il 18% dei casi aveva meno di 24 anni (13% nell'anno precedente) a fronte dell' 11% del dato nazionale e superata solo dall'Umbria e dalla Sicilia con il 24% e 20% rispettivamente.

Dal 1996, anno in cui è stata registrata un'impennata dei decessi droga-correlati (1566 casi), abbiamo fortunatamente assistito ad una progressiva riduzione di questi eventi che, nell'arco di sette anni si sono più che dimezzati (- 67%) ed hanno mediamente riguardato soggetti di età progressivamente più elevata. La Figura 4.2 riporta l'andamento dei DRD totali registrati in Italia negli ultimi sette anni dalla DCSA e dall'ISTAT.

Figura 4.2 Decessi registrati in Italia per anno di calendario

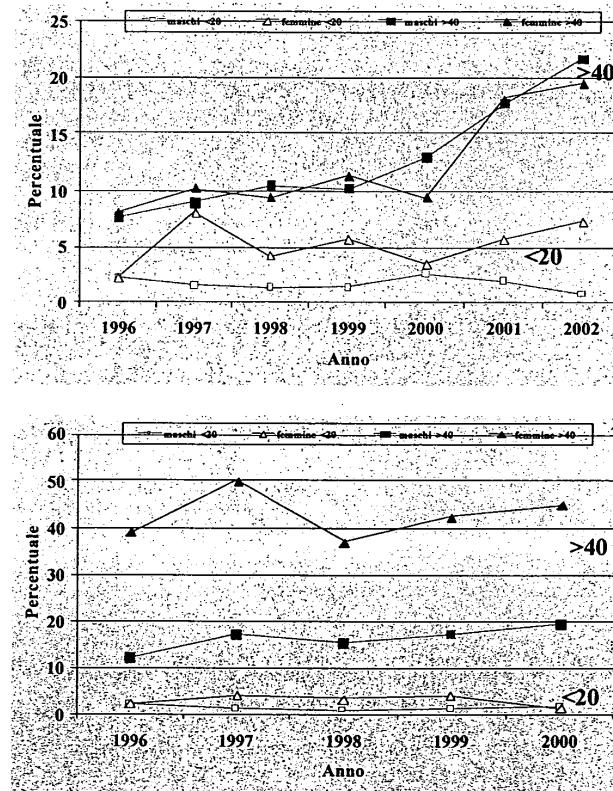


E' da osservare che sostanzialmente i dati provenienti dalle due fonti sono coerenti tra loro ed evidenziano nettamente il trend in discesa. Sulla base della linea di regressione (tratteggiata in nero nella figura) si può affermare che nel periodo osservato il fenomeno ha mostrato un decremento medio stimabile in 114 casi all'anno per un complessivo - 56.3% cui corrisponde una diminuzione media dell' 8% annuo. Nel 2002 si conferma un invecchiamento medio dei soggetti deceduti in entrambe i generi con un rapporto Maschi/Femmine nel totale di 12 a 1 (ma 5 a 1 al di sotto dei 20 anni di età).

E' utile sottolineare, pur nella ridotta numerosità dei casi, come le classi più giovani forniscano un contributo proporzionalmente maggiore nell'ambito dei decessi femminili. La fascia di età 15-19 nell'ambito di ciascun genere vede una quota percentualmente elevata tra le ragazze rispetto a quanto avviene nelle altre fasce di età, con un 43% contro 11.8, 6.9, 5.3, 8.5, 7.2% (rispettivamente per le fasce di età 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, >40).

Le Figure 4.3 e 4.4 riportano, nell'ambito dei sette anni considerati, le percentuali per ciascun genere di soggetti deceduti al di sotto dei venti e al di sopra dei quaranta anni di età secondo quanto riportato dalla DCSA e dall'ISTAT.

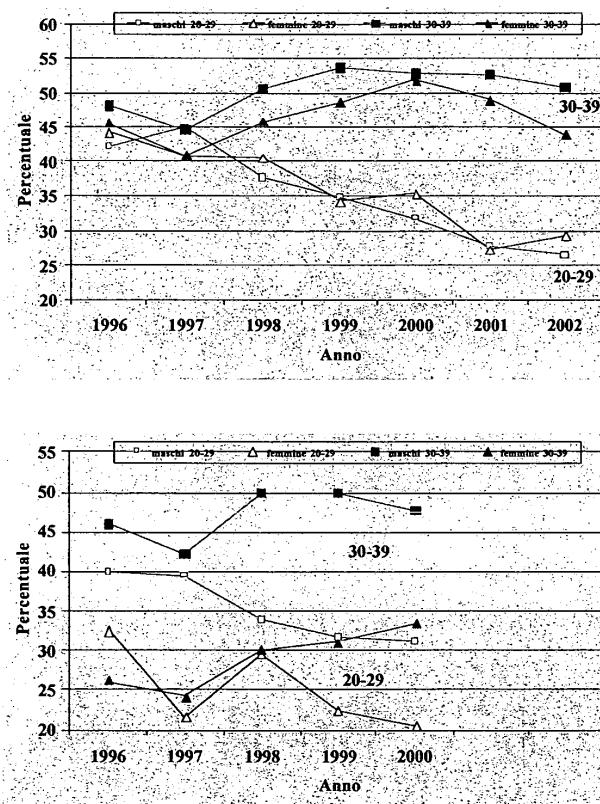
Figura 4.3 e Figura 4.4 Decessi distribuzione percentuale per genere ed età



Come si può osservare, le due fonti concordano sulla costante maggiore presenza di soggetti molto giovani tra le donne rispetto agli uomini. Non si rilevano sostanziali differenze di genere tra i deceduti oltre i quaranta anni nel RS a differenza del RGM che tra gli adulti vede una maggiore rappresentatività all'interno delle donne.

Nelle classi di età intermedie (20-29 e 30-39), come mostrato dalle Figure 4.5 e 4.6, non si osservano sostanziali differenze tra i generi nel caso dei dati della DCSA, mentre si evidenzia una netta prevalenza di deceduti di queste età nel genere maschile. Sembra di conseguenza che tra le donne i decessi di persone meno che ventenni e più che quarantenni siano più rappresentati che tra gli uomini i quali risultano invece, soprattutto dai dati ISTAT, prevalere nelle classi intermedie.

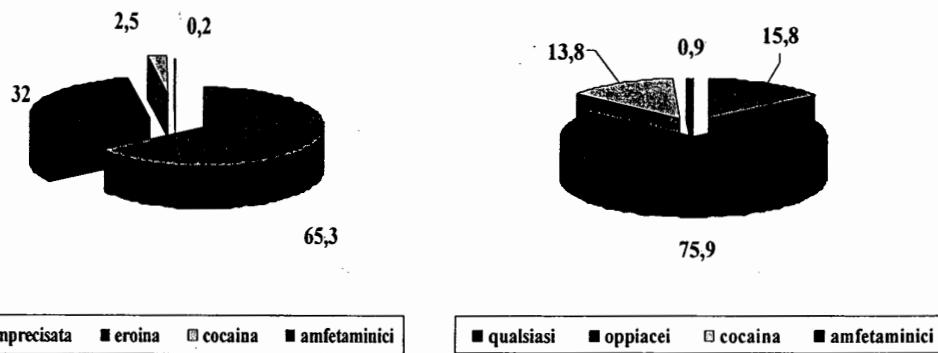
Figura 4.5 e Figura 4.6 Decessi distribuzione percentuale per genere ed età



La riduzione globale del numero dei decessi non deve però far considerare ridotto il fenomeno in sé dal momento che, dalla lettura congiunta dei dati riferiti dalle diverse fonti, in particolare dal GTF (Tabella 4.17) si può intuire come i decessi per eroina in popolazione tossicodipendente stiano facendo spazio a decessi di assuntori di sostanze stimolanti come la cocaina, di soggetti non propriamente tossicodipendenti ed in situazioni in cui, senza specifici accertamenti tossicologici, risulta difficile identificare la sostanza come causa diretta del decesso. La consapevolezza inoltre che il consumo/abuso di cocaina, e la sua combinazione con altre sostanze (alcol, amfetamine, eroina) si stia sempre più diffondendo nella popolazione, in particolare quella giovanile, induce a considerare con l'opportuna e necessaria prudenza il trend rilevato.

Sulla base dei dati forniti dal Ministero dell'interno (516 casi) e dei dati raccolti dal Gruppo Italiano dei Tossicologi Forensi sui 348 casi accertati (Figura 4.7), tenendo opportunamente presente che nel primo caso si tratta di dati indiziari e nel secondo di risultato di accertamenti tossicologici ed autoptici, si rileva come, pur a fronte di una quota sempre preponderante di

Figura 4.7



decessi per oppiacei (32% e 76% rispettivamente), compaiono quote non trascurabili di decessi per cocaina. Il GTF, sulla base di riscontri analitici ed autoptici, ha registrato un significativo incremento dei decessi causati direttamente dalla cocaina che sono passati da un 2.8 % del periodo 1991-1996 al 7.9% del 1999 ed al 13.8% del 2002.

E' necessario sottolineare che le "morti da droga" riportate dal GTF sono quelle nelle quali l'assunzione dello stupefacente gioca un ruolo causale di necessità nel determinismo del decesso. La "morte da droga" qui intesa è infatti quella che il Codice Penale (art. 586) considera reato come "morte in conseguenza di altro delitto", in quanto la sostanza che ha causato direttamente la morte è stata necessariamente ceduta alla vittima da "terzi" (reato di cui all'art. 73 Testo unico Legge Stupefacenti).

L'approccio diagnostico attraverso il quale i casi sono selezionati è quello usato nella valutazione dell'avvelenamento, in base alla criteriologia classica

medico-legale. In definitiva si tratta di "morti da droga" assolutamente certe e cioè di avvelenamento acuto letale da droga.

I dati del GTF sono esclusivamente quelli acquisiti direttamente dai componenti del GTF.

Per questo motivo essi non possono comprendere la totalità della casistica dal momento che il territorio nazionale non è totalmente "coperto" da sedi universitarie con una sezione di Tossicologia Forense. E dal momento che la richiesta di accertamenti autoptici con consulenza tossicologica da parte dell'autorità giudiziaria non è capillare. Pur nella consapevolezza di una sottostima, i dati raccolti dal GTF riportano una casistica uniformemente distribuita su tutto il territorio nazionale. La Tabella 4.17 riporta i dati relativi ai 348 decessi da droga accertati in 21 centri in territori diversi.

Tabella 4.17

SEDE	TOT	DECESI DA DROGA			SOSTANZA CAUSA DEL DECESSO			
		NUMERO MASCHI	ETA' MEDIA	NUMERO FEMMINE	ETA' MEDIA	OPPIACEI	DROGHE	COCA
ANCONA	8	7	32	1	25	8	1	
BRESCIA	15	13	37	2	18	14	1	1
CATANIA	4	3	31	1	20	4		
FIRENZE	11	9	30	2	35	10		1
MACERATA	5	4	31	1	38	4		1
MESSINA	1	1	43			1		1
MODENA	9	7	29	2	36	5		4
NAPOLI	47	46	33	1	32	30	7	8
NAPOLI	18	16	31	2	31	17	1	1
PADOVA	20	16	30	4	31	12	8	6
PALERMO	16	16	29	0		14	0	2
PARMA	8	5	30	3	32	5	1	2
PAVIA	16	13	35	3	34	14	2	
PISA	13	11	37	2	29	11	1	1
ROMA	16	13	36	3	40	12	4	1
ROMA	65	60	31	5	27	51	14	11
ROMA	19	18	31	1	40	18		1
ROMA	32	25		7		17	10	5
SIENA	9	8	31	1	29	7	1	1
TRIESTE	5	4	34	1	25	4	1	
VERONA	11	7	30	4	28	6	4	2
TOTALI	348	302		46		264	55	48
ETA' MEDIA (ponderale)				32		31		
PERCENTUALI		86,78		13,22		75,86	15,8	13,79
								0,86

Allo studio sui decessi da droga per l'anno 2002 hanno partecipato tutte le sezioni di Tossicologia Forense delle seguenti strutture Universitarie: ANCONA - Istituto di Medicina Legale; BRESCIA - Cattedra di Medicina Legale; CATANIA - Istituto di Medicina Legale; FIRENZE - Dip. Anatomia Istologia e Medicina Legale; MESSINA - Istituto di Medicina Legale; MODENA - Dipartimento di Anatomia Umana, Farmacologia e Scienze Medico Forensi; NAPOLI - Istituto di Medicina Legale; NAPOLI - Istituto di Medicina Pubblica e Sicurezza Sociale Università "Federico II"; PADOVA - Istituto di Medicina Legale; PARMA - Istituto di Medicina Legale; PAVIA - Dip. Medicina Legale e