e proprio, è stata valutata, la fattibilità dell'indagine, attraverso uno studio pilota condotto con la metodologia "questionario postale + intervista telefonica". Lo studio pilota ha permesso di verificare le metodologie proposte dall'EMCDDA e utilizzate nei paesi dell'U.E. e di definire quindi l'indagine nazionale. Lo studio italiano si è basato sull'invio a casa, dei 12.000 soggetti appartenenti al campione, di una busta contenente il questionario, una lettera di presentazione dell'indagine, una sulla procedure di restituzione dello strumento, una busta con tassa di spedizione prepagata in cui inserire il questionario compilato ed una cartolina postale per segnalare la compilazione o meno del questionario.

Si sono avuti come risposta al primo invio 3.473 questionari compilati, 518 buste ritornate al mittente per destinatario sconosciuto e 577 cartoline che riportavano informazioni sulla motivazione della mancata compilazione del questionari. Complessivamente il tasso di risposte al primo invio è stato del 34%.

E' stata quindi inviata la busta di sollecito a 7.432 soggetti di cui 2.306 hanno risposto con il questionario compilato e 461 con le cartoline raggiungendo tra primo e secondo invio un tasso di risposte complessivo del 48,2% se riferito ai soli questionari e del 56,8% se si considerano anche le risposte date tramite la cartolina postale. I non rispondenti sono sono stati 4240 distribuiti in modo omogeneo all'interno delle celle di stratificazione del campione.

I dati dello studio sono sintetizzati nella tabella standard che viene utilizzata per comunicare all'Osservatorio europeo (EMCDDA) gli elementi informativi di questo "indicatore epidemiologico chiave".

EMCDDA
TABELLA STANDARD 01: PRINCIPALI RISULTATI DELLE INDAGINI SULLA POPOLAZIONE GENERALE

PAESE: ITALIA anno 2001	Totale adulti			Giovani adulti			Grandi classi di età								
SOSTANZE	PREVALENZA NELLA VITA (Lifetime) (%)														
Importante: vedere "definizione delle	15-44			15-34			15-24			25-34			35-44		
sostanze" nel riquadro Metodologia)	M	F	T	M	F	T	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	35,9	17,9	26	22,5	14	18,2
2. cannabinoidi	28,1	16,6	21,9	32,3	18,3	24,5	27,2	18,9	22,6	35,8	17,9	25,9	21,9	13,3	17,6
3. oppiacei (totale)	1,3	0,6	0,9	1,4	0,7	1	1	1	1	1,7	0,4	0,9	1,2	0,6	0,9
4. cocaina (totale, incluso crack)	4,7	2,4	3,4	5,4	3	4	3	1,8	2,3	7,1	3,8	5,2	3,5	1,2	2,3
5. amfetamine	2	1	1,5	2,2	0,8	1,4	1,3	0,3	0,7	2,9	1,1	1,9	1,6	1,5	1,6
6. ecstasy	2,2	1,4	1,8	3,5	1,9	2,6	1,3	1,6	1,5	5	2,1	3,4	0,4	0,4	0,4
7. allucinogeni (totale)	2,4	0,8	1,5	3,2	0,8	1,8	3,4	0,8	1,9	3,1	0,8	1,8	1,2	0,8	1
8. ipnotici e sedativi (totale)	18,2	29	23,9	15	23,7	19,8	8,9	17,6	13,7	19,2	28,1	24,1	22,7	37,9	30,4
9. solventi	1	0,7	0,8	1,4	0,8	1	1,7	0,8	1,2	1,2	0,8	1	0,4	0,6	0,5

M = Maschi / F = Femmine / T= Totale

PAESE: ITALIA anno 2001	Totale adulti			Giovani adulti			Grandi classi di età								
SOSTANZE	PREVALENZA NEGLI ULTIMI 12 MESI (%)														
Importante: vedere "definizione delle	15-44			15-34			15-24			25-34			35-44		
sostanze" nel riquadro Metodologia)	M	F	T	M	F	T	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	11,1	5,1	7,8	1,9	1,1	1,5
2. cannabinoidi	8,1	4,5	6,2	12,6	6,5	9,2	15,1	8,7	11,5	10,8	4,9	7,6	1,7	1	1,3
3. oppiacei (totale)	0,6	0,3	0,5	1	0,3	0,6	1	0,5	0,7	0,9	0,2	0,5	0,2	0,2	0,2
4. cocaina (totale, incluso crack)	1,6	0,7	1,1	2,6	0,9	1,7	2,7	1,1	1,8	2,6	0,8	1,6	-	0,2	0,1
5. amfetamine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-	0,3	0,1	0,2	-	0,1	-	-	-
6. ecstasy	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	-	0,3	0,1	0,7	0,2	0,4	-	-	-
7. allucinogeni (totale)	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	0,7	0,3	0,4	0,2	-	0,1	-	-	-
8. ipnotici e sedativi (totale)	1,7	2,5	2,1	1,4	2,5	2	0,7	2,4	1,6	1,8	2,6	2,3	2,1	2,4	2,3
9. solventi	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	-	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	-	0,1

M = Maschi / F = Femmine / T= Totale

PAESE: ITALIA anno 2001	Totale adulti			Giovani adulti			Grandi classi di età								
SOSTANZE	PREVALENZA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI (%)														
Importante: vedere "definizione delle	15-44			15-34			15-24			25-34			35-44		
sostanze" nel riquadro Metodologia)	M	F	T	M	F	T	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	7,9	3	5,2	1	1	1
2. cannabinoidi	5,9	3,1	4,4	9,4	4,4	6,6	12,2	6,8	9,2	7,5	2,7	4,8	0,8	0,8	0,8
3. oppiacei (totale)	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
4. cocaina (totale, incluso crack)	1	0,5	0,7	1,5	0,7	1,1	1,4	1,1	1,2	1,6	0,4	1	-	-	-
5. amfetamine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. ecstasy	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	-	0,3	0,1	0,7	-	0,3	-	-	-
7. allucinogeni (totale)	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	0,7	0,3	0,4	0,2	-	0,1	-	-	-
8. ipnotici e sedativi (totale)	0,7	1,2	1	0,8	1,5	1,2	0,3	1,8	1,2	1,1	1,3	1,2	0,6	0,7	0,7
9. solventi	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2	-	0,1

M = Maschi / F = Femmine / T= Totale

Metodologia: Per tutte le sostanze e per tutti i periodi i dati si riferiscono alla classificazione non uso=mai fatto uso; uso=tutte le classi di consumo riferite diverse da zero

Indagine IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and Drugs) realizzata dalla Sezione di Epidemiologia dell'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R. per conto dell'Osserrervatoro nazionale sulle droghe e le tossicoidpendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Come si può vedere le misure epidemiologiche utilizzate e individuate come standard per la descrizione del fenomeno in merito alle sostanze illegali sono:

- l'esperienza d'uso nella vita (LTE lifetime experience) ovvero qualsiasi modalità d'uso della sostanza durante la vita della persona;
- l'esperienza d'uso durante l'ultimo anno (LYE last year experience) ovvero qualsiasi modalità d'uso della sostanza durante gli ultimi 12 mesi;
- l'esperienza d'uso durante l'ultimo mese (LME last month experience) ovvero qualsiasi modalità d'uso della sostanza durante gli ultimi 30 giorni.

E' evidente come la misura che produce i valori più elevati di prevalenza sia quella riferita all'esperienza d'uso nella vita (LTE). Tale misura è spesso utilizzata, per riferire o confrontare la situazione di una determinata area geografica, nella maggior parte dei rapporti. In effetti la prevalenza LTE da sola non mette bene in evidenza la situazione epidemiologica attuale dell'area in esame in quanto, ad esempio, include anche coloro che non sono più utilizzatori di droghe ma che hanno provato magari una sola volta o poche volte la sostanza soggetto dello studio nel passato. Si consideri a questo proposito il valore delle stime per la popolazione italiana compresa tra i 15 e i 44 anni di età dei soggetti che riferiscono l'esperienza d'uso di cannabinoidi 22%, di cocaina 3%, di ecstasy 2%, di amfetamine 2% e di allucinogeni 2%. Inoltre, a causa di questo effetto memoria, si evidenzia una certa quota di correlazione della misura di prevalenza con l'età dei soggetti.

Meglio si adatta a descrivere il fenomeno della diffusione dell'uso di droga in un determinato contesto, l'esperienza d'uso nell'ultimo anno (LYE). Anche se i valori numerici sono più bassi il significato epidemiologico della misura è più definito in quanto rappresenta la figura di prevalenza d'uso in un determinato intervallo di tempo. In questo caso i soggetti che hanno provato magari una sola volta o poche volte, la sostanza oggetto dello

studio, nel passato e poi hanno interrotto tale comportamento sono tutti esclusi dalla misura di prevalenza degli ultimi 12 mesi. Nel caso delle stime italiane i valori prima evidenziati di prevalenza cambiano notevolmente diventando, rispettivamente, del 6% della popolazione italiana compresa tra i 15 e i 44 anni di età, per soggetti che riferiscono l'esperienza d'uso di cannabinoidi, dell'1% per coloro che riferiscono l'uso di cocaina, 0,5% per gli oppiacei, 0,2% per l'ecstasy, 0,2% per gli allucinogeni e 0,1% per le amfetamine 2%.

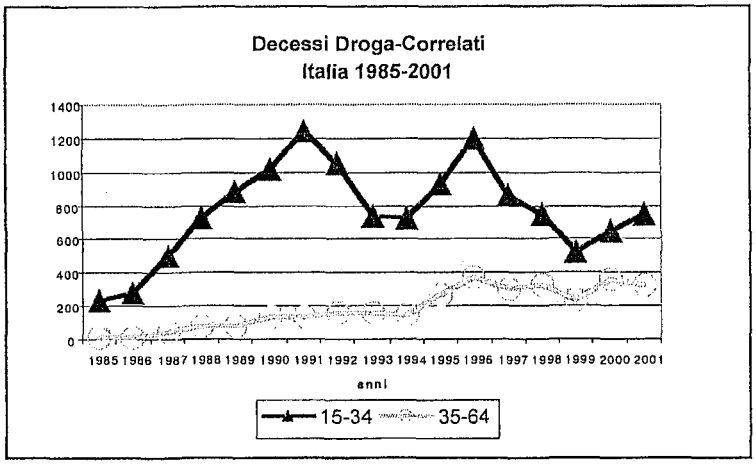
Un valore particolare riveste la misura del consumo attuale che se confrontato nelle diverse articolazioni legate al genere e all'età, per le diverse modalità di consumo nel tempo, permette di fare delle ipotesi sull'entità e la forza dell'incidenza dei soggetti che in un determinato periodo di tempo mettono in atto un comportamento d'uso delle sostanze.

La situazione appena evidenziata, dai dati della ricerca epidemiologica, permette di iniziare un'attività di programmazione degli interventi che nei prossimi anni potrà disporre di indicatori più completi e di maggior dettaglio solo se questo tipo di progetti continueranno ad essere sostenuti nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Nazionale sulle droghe e le tossicodipendenze (OIDT)

I decessi evitabili

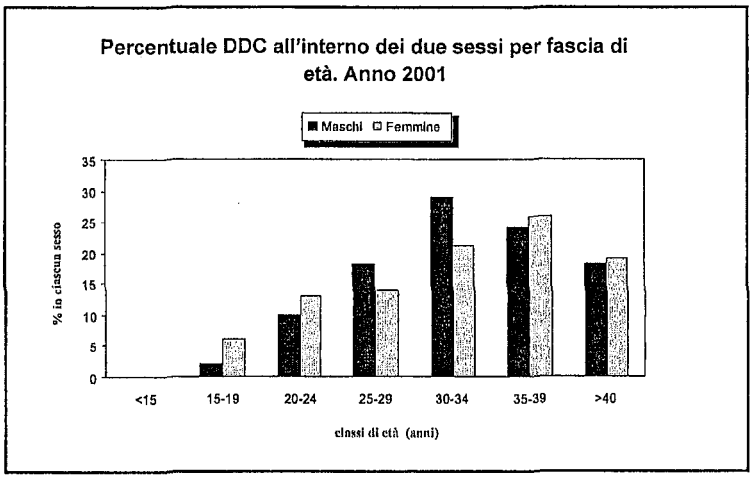
Tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre 2001, la Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA-Ministero dell'Interno), responsabile del Registro Speciale di Mortalità, ha registrato in Italia 822 decessi direttamente correlati all'uso di droga: 734 maschi (89,3%), 88 femmine (10,7%), con un decremento del 19% rispetto ai 1016 eventi registrati nell'anno precedente. Invariata rimane invece la quota dei cittadini stranieri deceduti in Italia (3,6%).
Dall'andamento del decessi droga-correlati (DDC) tra il 1985 ed il 2000 in relazione alle diverse classi di età (fig.1), si può osservare una tendenza all'incremento dei decessi tra i giovani al disotto dei 34 anni.

Figura1.



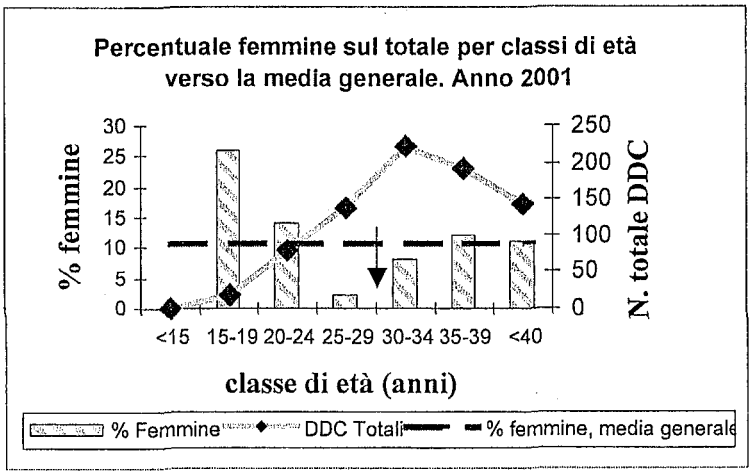
Ciò vale sostanzialmente sia per i maschi che per le femmine. Osservando infatti le distribuzioni dei decessi per classi di età all'interno di ciascuno dei due sessi, come rappresentato dalla figura 2, si rileva che il picco massimo cade nella fascia di età 30-34 anni per i maschi, mentre cade nella fascia tra i 35 e 39 anni per le donne, che risultano percentualmente più rappresentate dei maschi fra i casi che hanno riguardato individui molto giovani.

Figura 2.



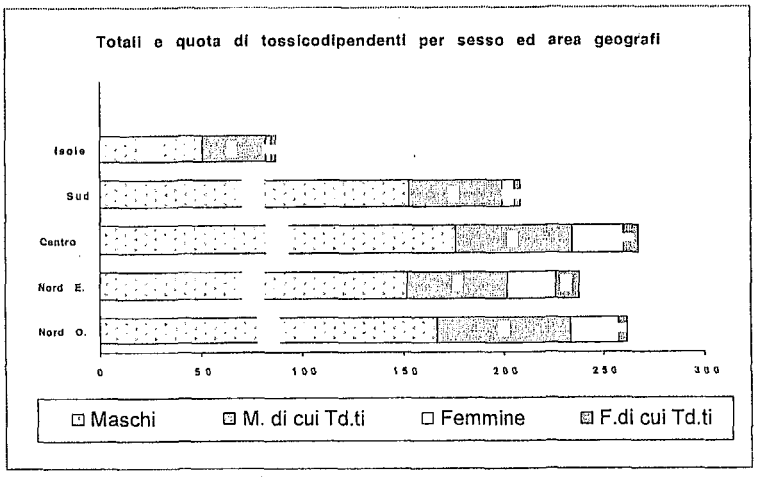
La percentuale delle donne nelle prime due classi di età con casi supera infatti quella degli uomini come si può osservare nella figura 3 che consente un raffronto con la percentuale media sui dati globali 2001.

Figura 3.



Si osserva che le donne giovani sono maggiormente rappresentate nelle fasce in cui si concentra un numero minore di eventi (rappresentati dalla linea dei DDC totali), superando la media dei decessi al femminile (linea tratteggiata) sul totale dei casi.
Va sottolineato che la riduzione globale del numero dei decessi (da 1016 a 822), è da attribuire completamente al sesso maschile, come dimostra la percentuale media delle femmine che tra il 2000 e il 2001 passa dall'8,4 % al 10,6%, con un rapporto maschi/femmine (M/F) di 8.3.
E' interessante sottolineare come tra gli utenti dei Servizi il rapporto M/F è passato da 5.2 nel 1991 al 6.4 nel 2000, indicando in media una progressiva riduzione della presenza femminile.
Tra i decessi, al contrario, pur tenendo presente la disparità dei rapporti numerici complessivi, si osserva un progressivo incremento di soggetti di sesso femminile anche giovani.
I dati rilevati dalla DCSA consentono di esprimere altre considerazioni sulla tipologia dei soggetti deceduti. In particolare, poco più di 1 caso su 3 (il 35,3%) è rappresentato da tossicodipendenti noti come tali (indicati in fig.4 come F. O M. di cui Td.ti); di conseguenza, in 2 casi su 3 il decesso riguarda dipendenti sconosciuti ai servizi, consumatori occasionali e di sostanze diverse dagli oppiacei.
Anche i dati del Gruppo Tossicologi Forensi sostengono questa osservazione rilevando, ad es., nel corso del 2000 come una quota dei decessi per droga sia da attribuire a sostanze diverse dall'eroina nella misura di quasi il 20%.
Quando si esamina la quota di tossicodipendenti noti come tali, si osserva una situazione abbastanza omogenea nelle diverse classi di età, con una media vicina al 35,3% del totale dei DDC.
Una certa variabilità si osserva invece a livello territoriale come rappresentato in figura 4.

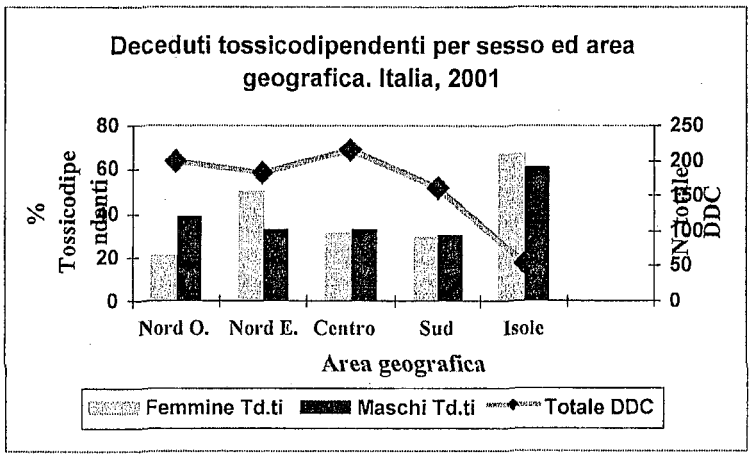
Figura 4.



Qui i decessi vengono ripartiti per macroarea territoriale in cui l'evento si è verificato. All'interno di entrambi i sessi sono stati indicate le frequenze dei casi relativi a tossicodipendenti noti come tali. Unico scostamento rilevante

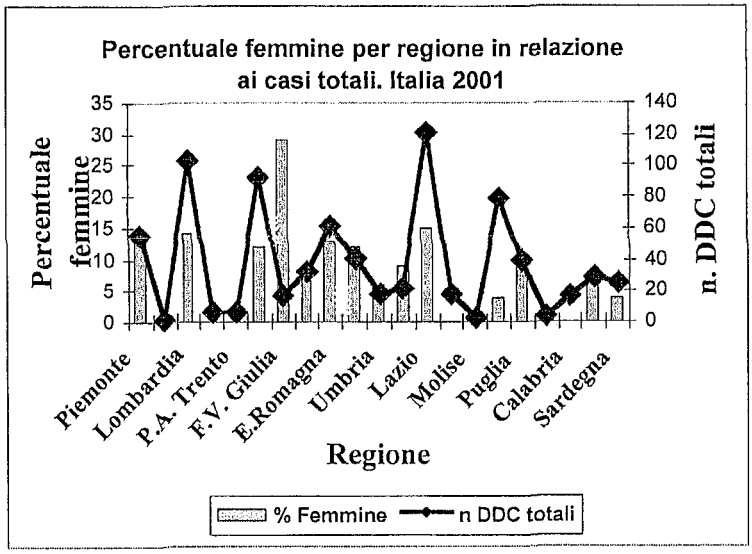
si osserva nelle isole (figura 5) dove, a fronte di un numero assoluto più contenuto di decessi, come indicato dalla linea che rappresenta la distribuzione dei casi totali di DDC, si osserva una quota molto più elevata (>60%) di tossicodipendenti noti come tali per entrambi i sessi.

Figura 5.



Analizzando la situazione nelle diverse regioni (figura 6), a fronte dei DDC globali, si osserva una maggiore rappresentatività del sesso femminile in regioni come il Friuli Venezia Giulia dove più di un decesso su tre riguarda le donne. Percentuali in controtendenza con la distribuzione dei DDC totali si osservano anche a carico della Liguria, Toscana, Umbria, Marche. Tendenza inversa si ha in Abruzzo e Calabria, dove si segnalano solo decessi al maschile. Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Lazio presentano una quota di decessi al femminile superiore in varia misura alla media nazionale (10,6%).

Figura 6.



La riduzione del numero globale dei decessi nel 2001 potrebbe essere messa in relazione con la progressiva riduzione dell'uso primario di eroina, con il graduale passaggio dalla via iniettiva alla via inalatoria e con gli interventi territoriali effettuati dai Servizi.
Seppure la maggior parte dei DDC analizzati tossicologicamente sono ancora da attribuire ad eroina, la quota dei decessi causati da altre sostanze è in continuo e costante aumento come risulta dai dati del Gruppo Tossicologi Forensi che analizzano tossicologicamente i decessi sui quali la magistratura dispone accertamenti medico-legali. Basti citare al riguardo che, tra il 1996 ed il 2000, la cocaina come causa del decesso è passata dal 2,8% al 9.2% dei casi esaminati.

Dall'esame dei dati relativi all'anno 2001, si può concludere che i DDC hanno riguardato prevalentemente soggetti di età compresa tra i 30 ed i 39 anni. La droga rappresenta uno dei fattori di rilievo per la perdita di vite umane nella fascia 15-39 anni. Se infatti esaminiamo la mortalità nella popolazione generale per tutte le cause accidentali e violente (es. incidenti stradali, domestici, sul lavoro, omicidi, suicidi etc.) e vi rapportiamo i DDC, osserviamo che questi ultimi sono pari al 14.5 per cento rispetto a quanti muoiono per incidenti e violenza in genere nella fascia 15-39 anni contro il 2.0 per cento nella fascia 40 – 64 (tale valutazione è stata effettuata utilizzando i dati relativi al 1998, ultimo anno per il quale sono al momento disponibili i dati di mortalità nella popolazione generale).
Si osservi che le morti per droga non sono comprese tra quelle per incidenti e violenza, ma si aggiungono a quest'ultima come area di mortalità non strettamente legata a malattia, bensì legata più specificamente alla componente comportamentale.

A quanto riportato consegue che i DDC assumono un ruolo rilevante a fronte della mortalità violenta che si rileva tra i giovani al disotto dei 40 anni di età, proprio cioè nel periodo più produttivo dal punto di vista sociale e lavorativo.

La situazione, in sostanza, appare ancora più critica dal momento che i DDC sono più numerosi di quanto registrato con gli attuali sistemi di rilevazione. Questi ultimi infatti non comprendono i decessi indirettamente correlati o correlabili alla droga risultando di conseguenza sottostimati.

E' opportuno peraltro ricordare che questi eventi segnalano un quadro acuto, alla cui base si trovano, anche se non identificabili, morti e quadri clinici diversi e, nel tempo, altri morti, sempre per quadri clinici, per i quali sarà difficile, o impossibile, risalire alla causa primitiva, in questo caso il consumo di droga.

In questo contesto è da inquadrare ad es. l'assenza di decessi per amfetamino-simili come l'ecstasy nelle statistiche ufficiali del nostro paese, assenza legata più a carenza di elementi che ad assenza di eventi.

Il monitoraggio tossicologico di tutti i decessi per cause non naturali, soprattutto quando riguardano individui giovani, potrebbe compensare le carenze conoscitive al riguardo. In realtà ad oggi tali accertamenti vengono effettuati in un numero esiguo di casi, esclusivamente su specifico mandato della magistratura e per finalità giudiziarie; i risultati inoltre rimangono

confinati negli archivi giudiziari senza possibilità alcuna di essere acquisiti a vantaggio delle statistiche ufficiali del paese. Ciò contribuisce a sostenere la percezione dell' innocuità di certe sostanze in termini di salute, di comportamenti e di sicurezza stadale e lavorativa.

Nuove droghe, nuovi consumi e interventi di contrasto

La convinzione che l'uso di droghe stimolanti e sintetiche, principalmente ecstasy ed analoghi, si stia continuando a diffondere anche nel nostro Paese, è supportata, oltre che dai dati relativi ai sequestri, dalle osservazioni degli operatori che più sono a contatto con gli ambienti giovanili, dai dati che emergono dalle segnalazioni ai Prefetti ai sensi dell'art. 75 (detenzione di stupefacenti per uso personale) del DPR 309/90, in minore misura dalle indicazioni dei servizi pubblici per le dipendenze in quanto ancora prevalentemente utilizzati dagli assuntori di eroina, l'uso problematico primario di cocaina rappresenta il 5.2% del totale, mentre il 15.6% dei soggetti ne fanno un uso secondario. L'ecstasy rappresenta più dello 0.8 % dei casi (0.4% nel 1997) contro il 2.1% dell'uso secondario (1.5% nel 1997). Tale quota, certamente meno consistente rispetto alle sostanze più tradizionali, è sottostimata e non deve essere considerata rappresentativa della diffusione nell'uso, in quanto i Servizi Pubblici sono a tutt'oggi considerati, dai possibili utenti, soprattutto dedicati ai problemi di eroina. La maggior parte degli assuntori, inoltre, ha "scarsa visibilità" poiché sintomatologia e problemi connessi non sono facilmente riconducibili all'uso di queste sostanze ed i Servizi sono generalmente sprovvisti di strumenti idonei all'osservazione di problemi legati alle droghe di sintesi.

Tra i 9777 nuovi soggetti consumatori di sostanze stupefacenti segnalati ai Prefetti al 31 dicembre 2000, il 7.5% usava cocaina, 1.4% ecstasy, analoghi amfetaminici ed LSD complessivamente nello 0.3% dei casi. ; il 12.0 % dei segnalati era costituito da minorenni, circa il doppio rispetto al 1996 (6.62%).
In ambito militare (dati del Ministero della Difesa), nel 2000, l'ecstasy era utilizzata nel 2.4% (il doppio rispetto all'anno precedente) degli assuntori di sostanze individuati. (6.6 % cocaina).
Nel 2001, nella popolazione scolastica, tra i circa 21.000 studenti delle scuole medie superiori italiane considerati nello studio ESPAD condotto dal CNR di Pisa, 1 ragazzo su tre, nel corso della vita, ha utilizzato una sostanza illegale,il 2.6% dei soggetti riferisce di aver fatto uso di ecstasy contro il 4.1% di cocaina, il 2.3% di LSD e l'1.1% (tra i maschi) di steroidi anabolizzanti. Da sottolineare la presenza di ipnotici-sedativi e solventi rispettivamente nel 6.4% e 5.1% dei casi.

Questo dato sembra coerente con abitudini assuntive emergenti in alcune aree geografiche e che riguardano, ad es. il consumo illegale di ketamina (anestetico generale non barbiturico). Questa sostanza, nuova nell'abuso, è stata rilevata nella saliva e nei capelli di giovani adulti, su base volontaria, in uno studio pilota analitico-metodologico condotto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con operatori del territorio. Questa "nuova" sostanza possiede effetti allucinogeni simili a quelli della fenciclidina e dell'ecstasy, provoca allucinazioni, disturbi visivi con cecità transitoria, intenso senso di dissociazione (per questa caratteristica viene adoperata anche nella piccola chirurgia veterinaria), immobilità, amnesia, grave ipotermia. La progressiva diffusione nell'abuso della ketamina ha indotto i paesi europei, nell'ambito della Joint Action, ad affrontare uno studio specifico sulle caratteristiche e sui rischi legati al consumo illegale di tale sostanza suggerendone l'inserimento nel controllo internazionale.

Joint Action. Il 16 giugno 1997 i Ministri dei 15 paesi europei ratificavano un accordo, la "Joint Action on new synthetic drugs" sulla base dell'art. k3 del Trattato dell'Unione Europea, in merito allo scambio di informazioni, alla valutazione del rischio ed al controllo delle nuove droghe sintetiche.
Sempre nello stesso anno, l'Osservatorio europeo sulla droga e le tossicodipendenze (OEDT), sottolineando l'esigenza di sviluppare degli idonei sistemi di monitoraggio per le droghe sintetiche, e ponendo questo tra gli obiettivi prioritari della propria attività, invitava i Punti Focali dei singoli paesi a presentare un rapporto sullo studio di fattibilità di attivazione di un sistema di allerta rapido sulle nuove droghe sintetiche (EWS).
Per ciò che riguarda il nostro paese non è facile valutare quanta parte del sistema di rilevazione tradizionale ed ufficiale sulle droghe sia riconvertibile per il nuovo obiettivo tra l'altro imposto dal diffondersi di sempre nuove sostanze. Oggi esiste la disponibilità di una rete capillare di servizi pubblici e privati, una rete di laboratori , un certo numero di laboratori di ricerca, ma non uno specifico obiettivo comune, e tantomeno metodologia adeguata per il monitoraggio delle droghe sintetiche. E' ancora carente la formazione degli operatori a riguardo, e solo ora si sta sviluppando un idoneo livello di informazione tra i professionisti più coinvolti (operatori dei servizi, operatori della medicina di urgenza, etc.); esistono inoltre oggettive difficoltà normativo-procedurali per trattare con queste sostanze sul campo. Pur a fronte di questi problemi si pone la necessità di provvedere alla realizzazione, anche graduale, di quanto condiviso e sottoscritto a livello europeo, anche dal nostro paese, per fronteggiare il tema delle nuove sostanze sintetiche.

In relazione alle nuove droghe ed ai nuovi consumi, l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito dell'attività di ricerca del Gruppo Interregionale sulle Droghe Sintetiche, attraverso una scheda articolata mirata alla rilevazione clinica su soggetti afferenti a servizi pubblici e privati per problemi non legati ad eroina, cannabis e alcool, nel corso del 2001 ha effettuato uno studio che ha riguardato 374 centri in 17 regioni e le 2 Province Autonome per un totale di 1911 casi. I dati dello studio sono in fase conclusiva di elaborazione. Tra i risultati di interesse relativamente ai consumi, è emerso che dei 1900 soggetti che rispondevano ai criteri di arruolamento per l'indagine retrospettiva, il 24.3 % aveva ecstasy come sostanza primaria (di cui solo il 17% dei soggetti era inviato dalla Prefettura) contro più del 50% dei soggetti per cocaina, 10% per psicofarmaci, 1% per LSD. Differenze interessanti in termini di sostanza preferita sono emerse per i soggetti che avevano avuto episodi psichiatrici o che erano incorsi in traumi o incidenti (erano maggiormente rappresentate ecstasy, psicofarmaci ed LSD), la cocaina era percentualmente più rilevante nei soggetti con episodi di incidente stradale con intervento medico, tentato suicidio e rissa. Sorprendentemente il consumo avveniva più in casa che in discoteca o in altro luogo. Questa particolarità emerge anche dall'esperienza degli operatori che lavorano più direttamente a contatto con il mondo giovanile, come anche dalle osservazioni dei gestori dei locali da ballo frequentati dalla popolazione giovanile. Ciò determina due considerazioni: queste sostanze "ricreazionali" non sono più esclusivamente legate all'aspetto socializzante e, infine, sono associate alla discoteca in meno di un caso su tre. Ciò sosterrebbe la percezione che il consumo di droghe si è già spostato verso ambiti meno, o affatto, controllabili dal punto di vista sanitario, sociale e di

sicurezza. In sostanza, la migrazione del consumo (e più precisamente del policonsumo), prospetta ulteriori difficoltà nel progettare interventi volti a ridurre i consumi. Si ritiene infine che l'individuazione precoce di nuove modalità di consumo per sostanze non più nuove abbia la stessa valenza, in termini di allerta rapido sanitario-comportamentale, dell'individuazione precoce di nuove sostanze dal momento che può contribuire a modificare indicazioni date per acquisite.

Le articolate dimensioni del fenomeno sin qui riportate, assieme ai dati sui sequestri (indicatore indiretto di consumo) forniti dalla DCSA-Ministero dell'Interno, pur essendo fortemente sottostimate, suggeriscono una crescente diffusione del consumo di tali sostanze. Questo genera preoccupazione dal momento che la diffusione ed il rafforzarsi nell'uso porta, come logica conseguenza, all'arruolamento di nuovi consumatori, alla comparsa di nuovi modalità di assunzione e ad una quota di abuso sempre più consistente.

In merito ai rischi ed agli effetti sanitari e comportamentali connessi all'abitudine d'uso di queste sostanze nell'uomo, il dibattito è alimentato da alcuni aspetti controversi legati in buona parte a difficoltà oggettive di interpretazione. E' opportuno infatti considerare che il consumo di queste sostanze avviene in contesti assuntivi già a rischio (giovane età di gran parte degli assuntori), è spesso integrato in abitudini che già di per sé costituiscono fattori di rischio, e spesso in un contesto poliassuntivo che rende difficile l'esame dei singoli fattori. Gli effetti nell'uomo sono inoltre modulati dalle motivazioni d'uso e dalle "attese" circa la sostanza, dal contesto assuntivo, dalle associazioni praticate nel consumo, da fattori importanti quali lo stato fisico e psicologico del soggetto che precedono o sostengono l'assunzione.

Inoltre, per quanto attiene agli effetti tossicologici e farmacologici, nelle droghe sintetiche occorre considerare una pericolosità aggiuntiva legata alla composizione globale del prodotto. Tale pericolosità aggiuntiva è da valutare in termini di reagenti e solventi residui, di eventuale presenza di prodotti intermedi di sintesi, di contaminanti, della presenza di altre molecole biologicamente attive (cioè dotate di una propria attività e tossicità) che ne potenziano, modulano o compensano gli effetti, della presenza di adulteranti e diluenti riscontrati in alcuni reperti assieme ai naturali eccipienti.

Occorre infine ricordare che esiste la concreta possibilità che in compresse acquistate come Ecstasy possa essere contenuto di tutto tranne Ecstasy; tale evenienza è già documentata in altri paesi, come il Regno Unito, talvolta in occasione di eventi fatali.
Di quale Ecstasy, quindi, possiamo nella pratica valutare i rischi di assunzione? Di quale Ecstasy gli eventi acuti rappresentano un epifenomeno? Ed è sempre Ecstasy ciò che viene assunto come Ecstasy?
In assenza di un monitoraggio di ciò che circola nelle zone di consumo la risposta si presenta difficile. Ancor più difficile se pensiamo che una varietà sempre crescente di sostanze caratterizza il mercato illecito determinando problemi analitici di riconoscimento e quantificazione conseguentemente di contrasto.

Diventa ancora più urgente un monitoraggio analitico del territorio, ben organizzato e raccordato nello spirito della Joint Action della Comunità Europea

e dell'Early Warning System. Risulta parimenti evidente l'opportunità, per ogni nuovo ingresso nel mercato e nel consumo, di identificare rigorosamente il principio/i attivo/i. Parimenti è necessario determinare la struttura della molecola (anche al fine di valutare la relazione struttura-attività per i potenziali effetti farmacologici), individuare le possibili vie di sintesi, le impurezze e i residui, predisporre le procedure analitiche più idonee per la rilevazione del prodotto nel mercato illecito e nei fluidi biologici dell'assuntore. Tutto ciò presuppone una sinergia di sforzi, specifiche professionalità ed una reale multidisciplinarietà nell'approccio analitico di ricerca.

In termini di rischi assuntivi, vengono inoltre spesso trascurati alcuni aspetti di interesse . A titolo di esempio, per l'ecstasy:

- In alcuni individui è stata rilevata la comparsa di flash-back anche a distanza di alcuni mesi dall'assunzione. Questa eventualità risulta particolarmente rischiosa in quanto può cogliere il soggetto durante un'attività che richiede attenzione come, ad esempio, la guida o il lavoro (sono documentati casi di incidente sul lavoro per tale motivo).
- L'ecstasy è in grado di alterare lo stato di coscienza con effetti comparabili a quelli di una dose media di mescalina.
- Tra gli effetti indiretti, l'assunzione di ecstasy (come di cocaina) favorisce comportamenti sessuali "imprudenti" ed un aumentato rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili.
- Nell'intossicazione da ecstasy sono stati segnalati gravi danni della funzionalità epatica e renale. Sicuramente non è da sottovalutare anche la componente tossica dovuta a contaminanti di varia natura come residui o intermedi di produzione. La sintesi dell'ecstasy, infatti, può essere effettuata usando sostanze chimiche diverse che presentano di per sè rischio tossicologico. Possono ad es. essere impiegati metalli, soprattutto piombo, che di per sé presentano una valenza tossicologica. Il piombo si accumula in fegato e reni ed è responsabile di intossicazioni acute e croniche. Spesso l'avvelenamento da piombo non viene prontamente diagnosticato poichè i sintomi sono aspecifici consistendo in disturbi gastrointestinali, diarrea, vomito, sudorazione, dolori addominali, mal di testa, tremori.
- Nell'intossicazione acuta, i cui segni più marcati si possono manifestare anche ore dopo l'ingestione della sostanza, non sempre il quadro clinico viene ricollegato alla causa iniziale.
- Anche se i dati oggi disponibili si riferiscono esclusivamente agli effetti acuti, i risultati prodotti indicano che l'assunzione di MDMA rappresenta un potenziale pericolo per la salute in considerazione dell'aumentato rischio di malattie correlate alla disfunzione del Sistema Immunitario. Tale rischio è incrementato dall'effetto additivo dell'etanolo assunto in combinazione. L'MDMA infatti penalizza la funzionalità delle cellule T CD4+, responsabili dell'immunità cellulare, mentre l'etanolo penalizza la numerosità dei linfociti B, notoriamente responsabili dell'immunità umorale. Quando MDMA ed etanolo sono associati, tutti e due i sistemi di difesa risultano compromessi. Lo stesso recupero, rilevato dopo le 24 ore dalla somministrazione acuta, viene probabilmente raggiunto a spese di un consumo energetico difficilmente valutabile in termini di costo per la salute.

Nuove droghe e nuovi consumi pongono, come detto, nuovi problemi conoscitivi e di impatto che sollecitano nel contempo la necessità di ideare nuove strategie e di ripensare radicalmente la prevenzione. A tale riguardo potrebbe essere utile considerare percorsi sinora poco o nulla esplorati come quelli che seguono.

Un risultato di interesse dello studio AMR (Approccio Multi Rischio) condotto dall'Istituto Superiore di Sanità su 7000 ragazzi delle scuole medie superiori in 10 territori italiani, è certamente quello che collega l'uso di tabacco all'uso di sostanze. Il dato che emerge costantemente, in tutti e dieci i territori studiati, è che il rischio relativo di far uso di sostanze in chi fa uso di tabacco è elevato (mediamente di 5 volte superiore). La differenza sostanziale nella proporzione di assuntori tra i fumatori e i non fumatori di tabacco può, quindi, in buona parte spiegarsi con un più difficile ingresso tra gli assuntori dei soggetti non fumatori. Queste considerazioni sono indipendenti dall'età dei giovani. Indipendentemente dal territorio, dall'età e dal sesso, la percentuale di assuntori nei fumatori di tabacco è sempre sensibilmente superiore alla corrispondente percentuale nei non fumatori di tabacco.
L'uso di cannabis è presente praticamente nella totalità di coloro che dichiarano di aver assunto sostanze. La gran parte di questi (71.8%) ha fatto uso esclusivamente di cannabis, il rimanente 28.2% ha usato anche altro, tra cui ecstasy. Mentre tra i "Cannabis SI" ci sono tanti ragazzi che non usano altro, tra coloro che usano sostanze in pratica pochissimi (3%) non fanno uso di cannabis. Di conseguenza, si può presumere che il fumo di cannabis abbia rappresentato per questi ultimi ragazzi un primo passo verso l'esperienza di altre sostanze. Fumo di cannabis e fumo di tabacco sembrano rappresentare un fattore importante nell'avvio all'uso di sostanze tra cui l'ecstasy. Tra i ragazzi fumatori di tabacco infatti, a prescindere dal sesso e (sorprendentemente) dall'età, la prevalenza di "assuntori" in tutti e dieci i territori coperti dall'AMR è costantemente e significativamente più elevata (più di cinque volte) rispetto ai non fumatori di tabacco.
Per quanto riguarda in particolare l'assunzione di ecstasy, la proporzione sale a più di 1 a 10. Troviamo infatti il 10.4% di uso di ecstasy tra i fumatori contro l'1% tra i non fumatori.

In base a questi risultati, ci sono elementi utili per ritenere che la dissuasione dal fumo di tabacco possa ripercuotersi sensibilmente in termini positivi sulla lotta all'uso di sostanze psicotrope tra i giovani. E verosimilmente ad un ragazzo può apparire naturale e positivo dire no ad una sigaretta; al contrario, rifiutare una sostanza potrebbe essere considerato disdicevole o ghettizzante.

Nell'ambito dei fattori di rischio che possono indurre i giovani maschi ad utilizzare sostanze d'abuso, poco o nulla si conosce circa il ruolo che possono assumere i disturbi sessuali nel determinare la loro scelta. Eppure negli adolescenti l'approccio con il sesso rappresenta uno degli aspetti importanti della loro crescita, della strutturazione della loro identità, del passaggio da adolescente ad adulto; può anche però essere fonte di frustrazione e depressione. Al fine di valutare se i disturbi sessuali potessero rappresentare un fattore di rischio predisponente i ragazzi all'abuso di sostanze, la collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità, specialisti andrologi e servizi di quattro regioni italiane, ha consentito di effettuare uno studio esplorativo

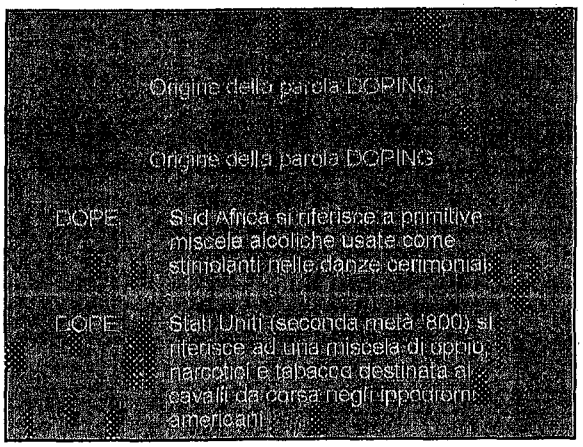
pilota su 231 ragazzi tossicodipendenti utilizzando uno strumento validato a livello internazionale. I risultati ottenuti hanno messo in evidenza che questi stessi giovani, nel periodo in cui non avevano ancora iniziato il consumo di sostanze, avevano una prevalenza di disturbi sessuali significativamente più elevata rispetto ai loro coetanei della popolazione generale presa come riferimento (20% vs. 2%). Questo risultato sollecita un doveroso approfondimento. Se questa ipotesi patogenetica dovesse essere ulteriormente confermata, si aprirebbero nuove possibilità di prevenzione primaria della tossicodipendenza e, più in generale, dell'abuso di sostanze stupefacenti.

I nuovi consumi si affermano principalmente negli ambiti di aggregazione giovanile, ed in maniera più evidente negli ambiti ricreazionali dove le discoteche, e più in generale i locali da ballo, rappresentano luoghi di divertimento apprezzati e frequentati da giovani e giovani adulti. Di conseguenza la discoteca rappresenta un contesto ben definito ed idoneo per un intervento specializzato anche se, attualmente,è carente di figure professionali competenti. Tali figure potrebbero intervenire in modo più agevole (elevata concentrazione del target) e naturale (testimonial ideali e noin pregiudiziali), potrebbero intervenire quindi in modo efficace sul disagio giovanile e sulla prevenzione da un avamposto osservazionale di fondamentale importanza per le problematiche, le abitudini e le emergenze del mondo giovanile. Per rendere concreta questa possibilità è essenziale un'intesa tra il mondo istituzionale ed il mondo imprenditoriale cui i locali da ballo, quelli legali, appartengono. Una prima intesa è stata raggiunta attraverso il protocollo di intesa Governo-SILB che ha posto le basi per la costruzione di interventi più appropriati e mirati. Un passo successivo è stato effettuato attraverso un percorso di formazione congiunto per gli operatori del sanitario, del sociale e dei locali da ballo di tutte le regioni attraverso un progetto nazionale. Si punta alla realizzazione di una metodologia sperimentale per la promozione di nuovi approcci di prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti e di alcool tra i giovani frequentatori di locali da ballo. I primi risultati di questa sinergia operativa hanno prodotto una serie di interventi che hanno introdotto, in pieno accordo con i gestori dei locali, una diversificazione delle attività di intrattenimento, tra l'altro molto apprezzate dai ragazzi, promuovendo divertimenti compatibili con la salute e la sicurezza.

Nell'ambito delle nuove droghe e dei nuovi consumi, si ritiene utile infine, sottolineare l'importanza di una informazione tecnica ed aggiornata, basata su evidenze scientifiche e fornita da fonti « accreditate ». Occorre infine doverosamente sottolineare le particolarità dei rischi associati all'assunzione combinata di più sostanze approfondendo aspetti ad oggi completamente trascurati per sostanze erroneamente considerate di scarsa pericolosità, ad es. nel campo della sicurezza stradale. A tale riguardo le autoscuole potrebbero svolgere un ruolo importante.

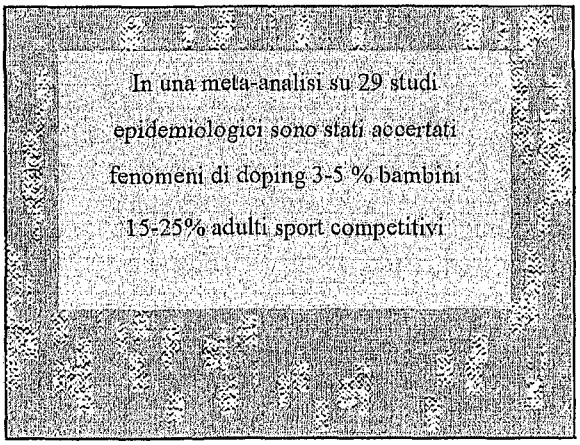
Uso di sostanze chimiche in ambito sportive (DOPING)

Con il termine *doping* si intende l'uso di farmaci o sostanze biologicamente attive o l'adozione di pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche, al solo scopo di modificare lo stato psicofisico al fine di migliorare in modo artificiale ed illecito il proprio rendimento e le proprie prestazioni agonistiche nello sport.



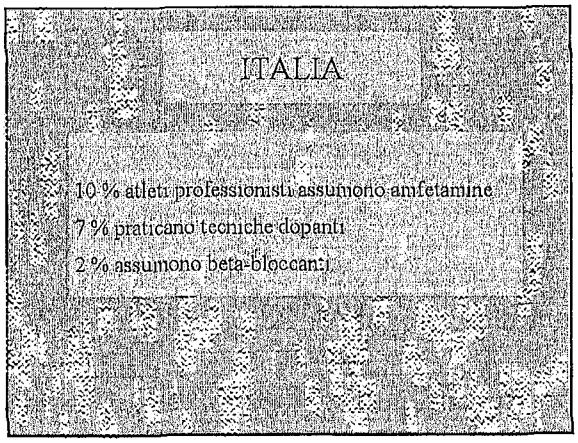
La legge n.376 del 14/02/2000 disciplina la tutela sanitaria delle attività sportive e la lotta contro il doping. Con questa legge oltre a vietare lo svolgimento dell'attività sportiva mediante l'ausilio di tecniche, metodologie o sostanze di qualsiasi natura che possano mettere in pericolo l'integrità psicofisica degli atleti, si stabiliscono sanzioni penali nei confronti di chiunque procuri, somministri o assuma farmaci o sostanze farmacologicamente attive.

Il ricorso a tecniche illecite, volte al potenziamento delle prestazioni fisiche ha subito un prepotente incremento nel corso degli ultimi anni, favorito sia dal progresso scientifico che dall'approccio sempre più commerciale della pratica sportiva a livello sia agonistico che amatoriale. In una recente analisi, che ha sintetizzato i risultati di oltre 29 studi epidemiologici, è stato stimato che il ricorso a pratiche dopanti tra la popolazione degli sportivi è tra il 3 ed il 5% dei bambini che praticano sport amatoriale, mentre la percentuale sale al 15-25% tra gli adulti che praticano sport a livello competitivo (J.Sport Med. Phys Fitness 1997; 37:218-24).



Ormoni ed anabolizzanti si diffondono tra i giovani che praticano sport ed è giusto dunque che suoni l'allarme perché educatori, allenatori, insegnanti e genitori si orientino ad affrontare questo aspetto dell'educazione sportiva. Secondo una recente indagine gli adolescenti, nell'illusione di ottenere un fisico che permetta loro di primeggiare sugli altri, assumono aminoacidi (40%), stupefacenti (19%) ed ormoni (quasi il 50%), mentre il 9% di loro fa uso di anabolizzanti. Seguono l'assunzione di proteine, integratori, stimolanti ed antinfiammatori contenenti steroidi.

Molti adolescenti di 10-12 anni sono raggiunti dal mercato vastissimo degli integratori di tutti i tipi: la "zona grigia", come dicono gli specialisti, cioè l'anticamera del passaggio verso prodotti più potenti e dannosi.
I dati legati agli atleti professionisti in Italia (Scarpino et al. Lancet, 1990) mostrano come il 10% di questi assuma amfetamina, il 7% pratichi tecniche dopanti ed il 2% assuma beta-bloccanti.



Una indagine ISEF effettuata tra i "body-builders" romani (F.M. Manozzi, Alcologia, 1999) ha rilevato come il 40% di questi assuma anabolizzanti, consigliati nel 30% dei casi dagli stessi istruttori e con il supporto di medici compiacenti.

Negli Stati Uniti risultano essere un milione i consumatori di anabolizzanti. Tra questi, l'1-2% non sono atleti, il 25% sono adolescenti, il 70% sono sportivi ad alto livello.

E' evidente il danno che l'uso delle sostanze dopanti eserciti sui soggetti che ne fanno uso. Sono a conoscenza dei rischi che corrono i giovani che ricorrono all'uso di tali sostanze? E' ragionevole pensare di no. Altrimenti il doping non troverebbe la generalizzata adesione che incontra tra buona parte degli sportivi. Non solo tra gli agonisti professionisti, ma, a quanto sembra, anche tra gli atleti dilettanti e juniores, e tra gli sportivi della domenica.