

Parte I Offerta di sostanze

Capitolo 3 Le nuove sostanze

145

5) Altri casi di tabellazione.

Per registrazione di medicinali a base di nuove sostanze attive (estratto titolato di THC):

- a) Decreto del Ministero della salute del 23 gennaio 2013 Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella II, Sezione B, dei medicinali di origine vegetale a base di Cannabis (sostanze e preparazioni vegetali, inclusi estratti e tinture).

Per segnalazione di eventi avversi fatali da parte di cittadini:

- b) Decreto del Ministero della salute del 2 agosto 2011- Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni. Ricollocazione in tabella I delle sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo.

In applicazione di nuove leggi dello Stato (Legge 15 marzo 2010, n. 38):

- c) Decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2010 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, con sostituzione della Tabella II, sezione D del Testo Unico.

Bibliografia

UNODC- "Early Warning Advisory on New Psychoactive Substance" NEWSLETTER on New Psychoactive Substances May 2015 Vol.4

UNODC- "World drug report". United Nations: Vienna, 2014

Iversen L., White M. & Treble R. "Designer psychostimulants: Pharmacology and differences". *Neuropharmacology* 2014; 87C:59-65

Levissianos S. "The UNODC Early Warning Advisory (EWA) on New Psychotropic Substances (NPS)-New trends in novel psychoactive substances". 2014. Rome. United Nations Office on Drugs and Crimes

UNODC- "Global Synthetic Drugs Assessment. Amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances" 2014.

EMCDDA- "New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System". March 2015

UNODC- "The challenge of new psychoactive substances". UNODC Scientific NPS Report (2013) www.unodc.org/documents/scientific/NPS_Report.pdf.

Legenda

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crimes

EMCDDA - European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction

NSP - Nuove Sostanze Psicoattive

NEWS - National Early Warning System

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 privati rilevano 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 esclusa la 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 accettare 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 influenza 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 progressivo 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 proposte 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 rassicurare 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.

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche
 Capitolo 2 Prevalenza e incidenza di uso

155

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

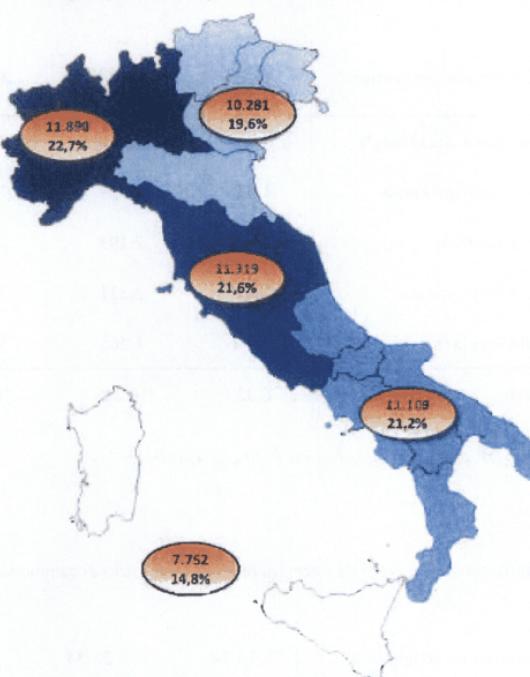
Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

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, feniletilamine, 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.

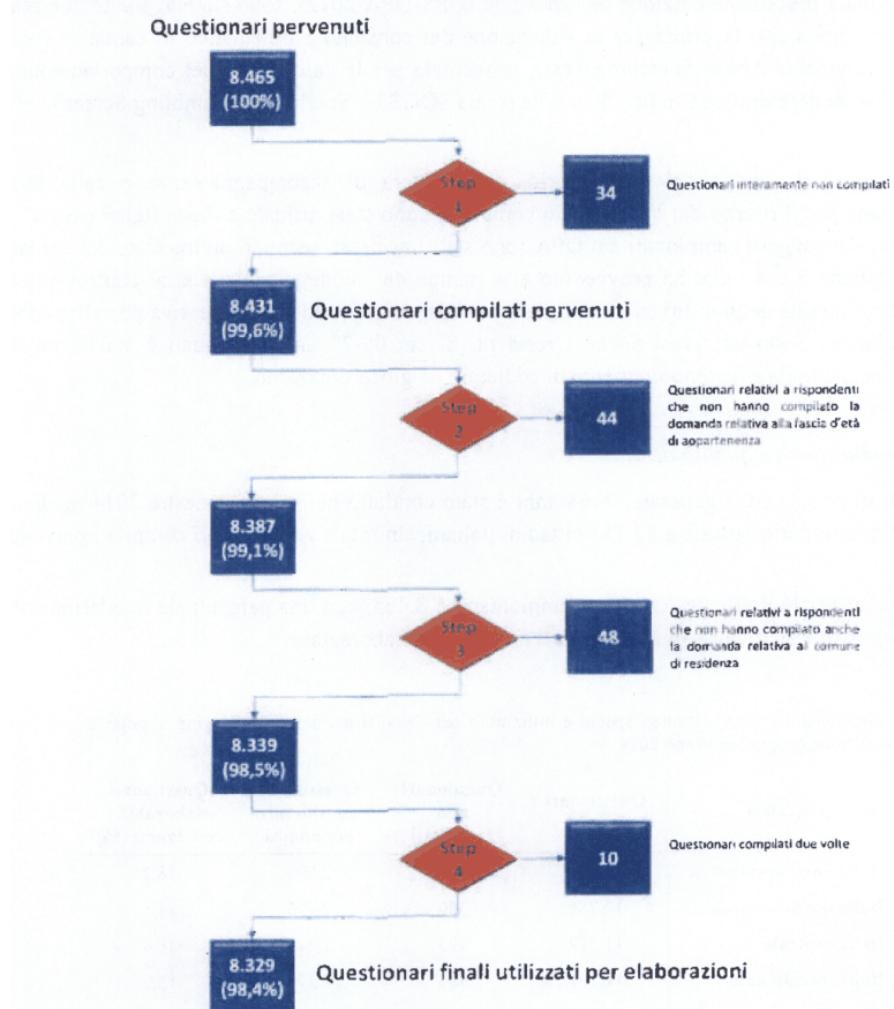
Tabella 3: Distribuzione dei questionari spediti e utilizzabili per l'analisi dei dati nell'indagine di popolazione 18-64 anni, per ripartizione geografica. Anno 2014

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	1.578	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.

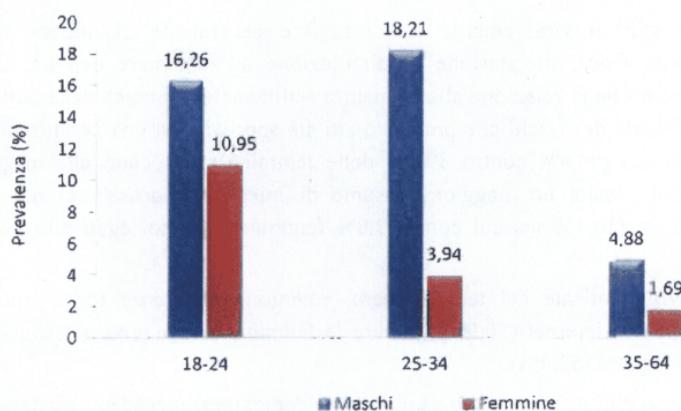
Relativamente al consumo di bevande alcoliche, si stima che solo una minoranza della popolazione di età 18-64 anni, pari al 12,3%, non ha mai assunto alcolici nel corso della propria vita, mentre il 58,7% non ha bevuto alcolici nei 30 giorni prima dell'indagine. Come osservato per il tabacco, anche per 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 25-34 anni 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 dc1 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.