

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche

225

Capitolo 2 Prevalenza e incidenza di uso

Caratteristiche dei consumatori frequenti di altre illegali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indagine ESPAD@Italia2014: campione, rispondenti e non rispondenti

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

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

227

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

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

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

* dati aggiornati: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSerCode=DCIS_SCUOLESECOND2

**stimato considerando il numero medio di studenti per scuola

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cenni sull'inquadramento internazionale del fenomeno

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

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

⁴² Deville J C , C E. Särndal 1992 Calibration Estimators in Survey Sampling *Journal of the American Statistical Association*, 87.367-382

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

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

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

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

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

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

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

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

**Beyond the traditional “highs”:
... the non-medical use of prescription pharmaceuticals**

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

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

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

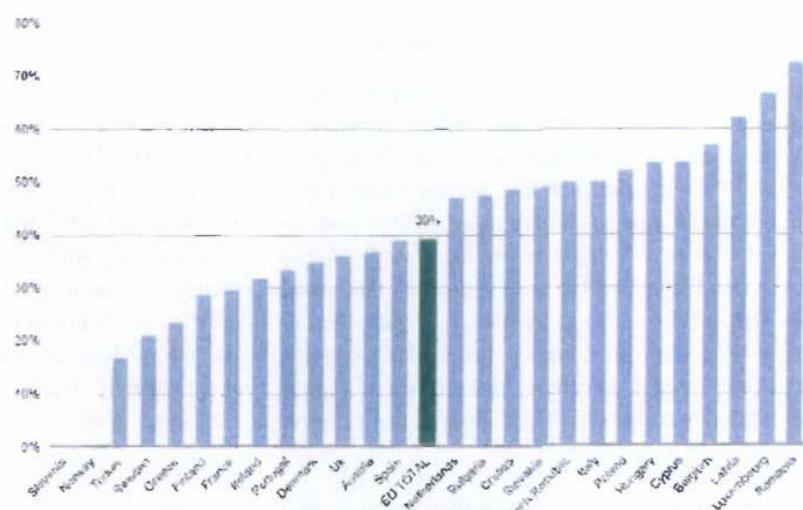
⁴⁵United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health. Summary of National Findings*, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. SMA 11-4658 (Rockville, Maryland, 2011)

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

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

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

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



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

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

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche

231

Capitolo 2 Prevalenza e incidenza di uso

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

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

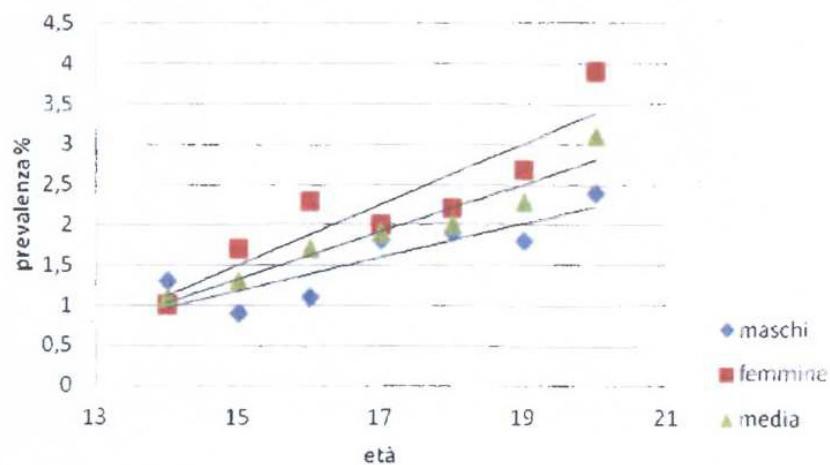
SPS (Students' Population Survey) 2010⁴⁷

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

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

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

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



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

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

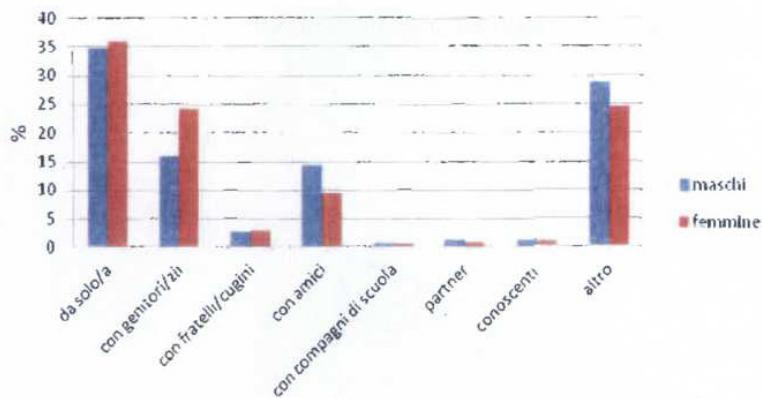
Altri aspetti importanti indagati sono l'età a cui si è fatto uso per la prima volta, dove, con chi.

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

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

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

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

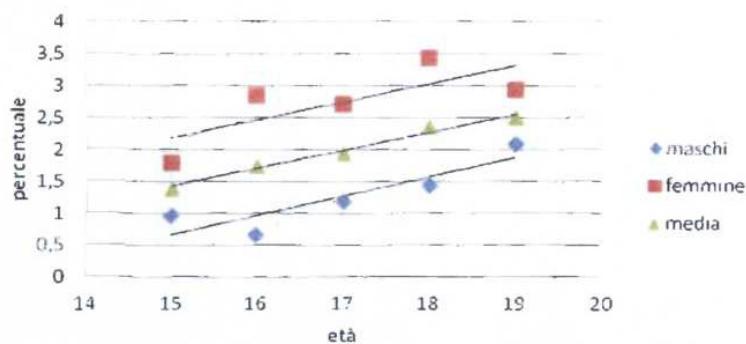


Se si considera l'analogia, ma con diverso questionario, rilevazione SPS del 2014, si ottiene un simile andamento per esempio nella prevalenza relativa agli ultimi dodici mesi (Figura 67).

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

233

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

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

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

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

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

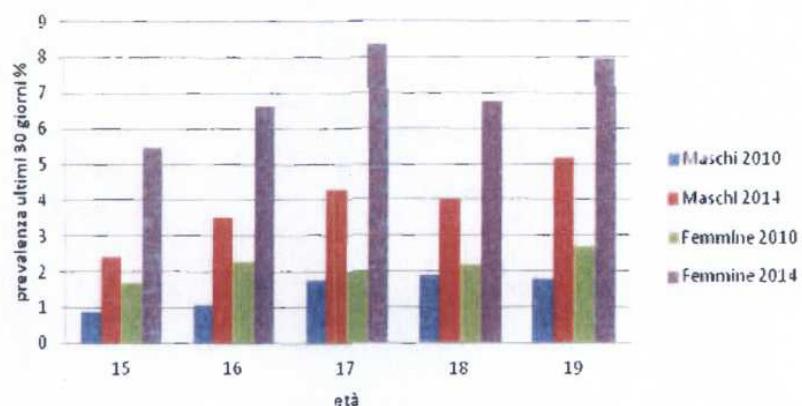
Già, da una osservazione preliminare, appare lo stesso andamento rispetto all'età per le due indagini, ma un livello assai più alto, più che raddoppiato nel 2014 (ESPAD).

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

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

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

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



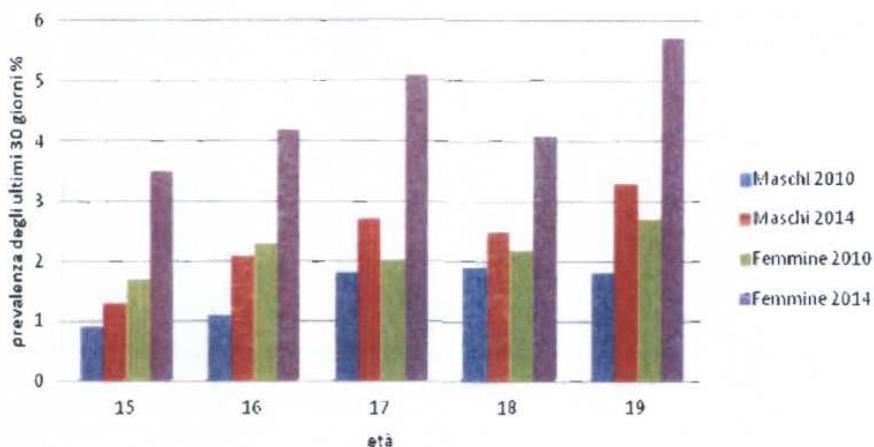
Nella Tabella 19 sono riportati i risultati in base alla stratificazione per tipo di farmaco e motivo dell'utilizzazione secondo il consumatore.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

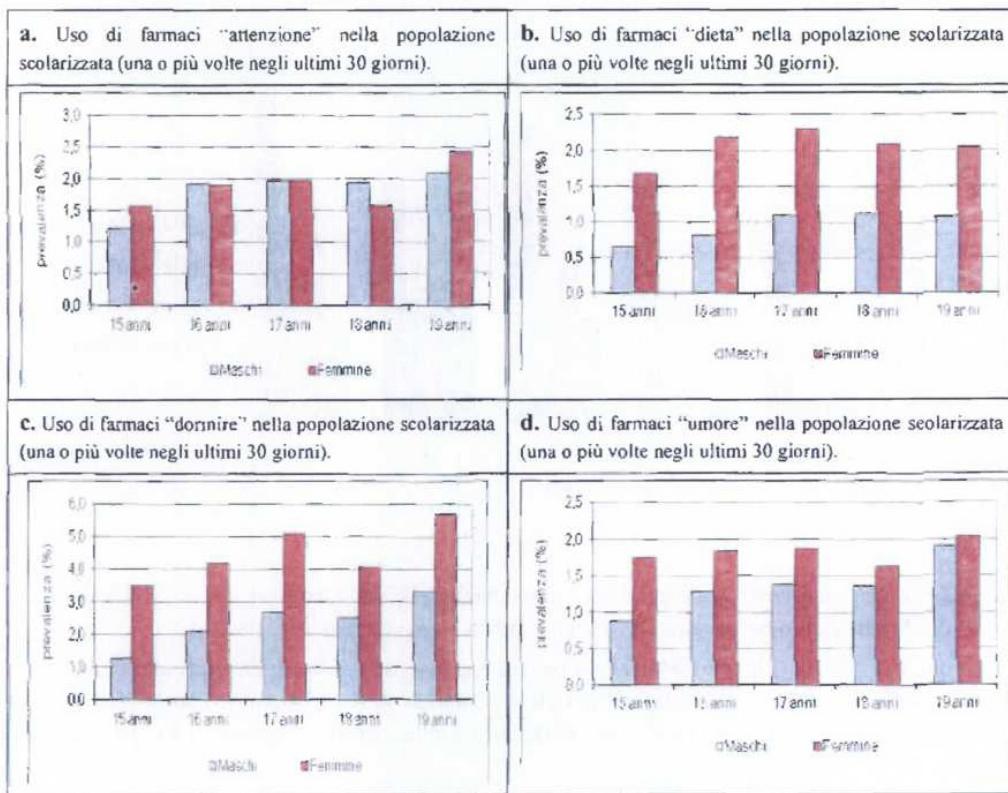


Tabella 20: Consumo per tipologia di farmaco. Anno 2014

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

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

237

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

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

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

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

LUOGHI	Consumatori frequenti*
in strada psicofarmaci	13,7
scuola psicofarmaci	10,9
casa amici psicofarmaci	12,1
discoteca psicofarmaci	12,9
spacciato psicofarmaci	14,6
internet psicofarmaci	12,7
manifestazioni psicofarmaci	9,2
a casa mia psicofarmaci	25,5

* = consumo 10 o più volte nell'ultimo mese

Conclusioni e suggerimenti

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

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

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

2.4.1 L'indicatore PDU, ora HRDU

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

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

Dati amministrativi: analisi esplorativa delle segnalazioni per art.75

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

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

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

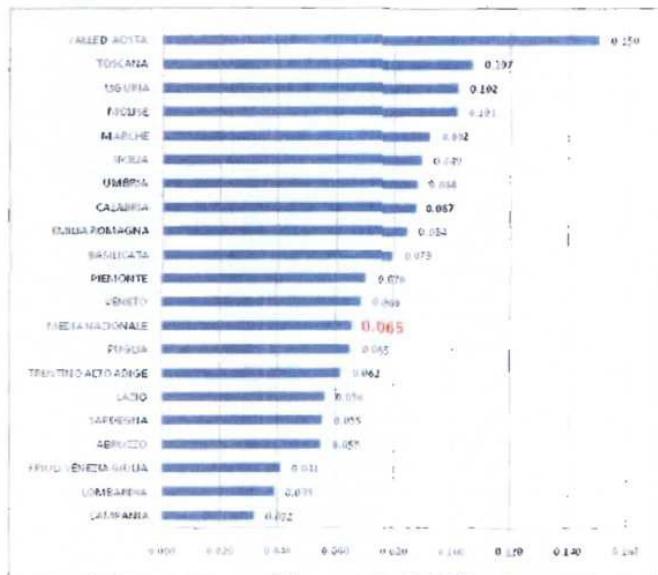
Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche
 Capitolo 2 Prevalenza e incidenza di uso

239

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

