

La prevenzione nelle tossicodipendenze:

consumi di sostanze in Italia

Arezzo, 28 marzo 2007

Teodora Macchia

**Dipartimento del Farmaco
Istituto Superiore di Sanità**

PRESUPPOSTI

- la popolazione dei consumatori di droghe non può essere “misurata” in maniera esauriente

PRESUPPOSTI

- la popolazione dei consumatori di droghe non può essere “misurata” in maniera esauriente
- **la comprensione del fenomeno è affidata alla scelta/studio di alcuni aspetti quali/quantitativi ed al loro confronto spazio/temporale**

PRESUPPOSTI

- la popolazione dei consumatori di droghe non può essere “misurata” in maniera esauriente
- la comprensione del fenomeno è affidata alla scelta/studio di alcuni aspetti quali/quantitativi ed al loro confronto spazio/temporale (trend)
- **l’adozione di una strategia di intervento richiede una oggettivazione del fenomeno per la quale i soli strumenti epidemiologici risultano o troppo lenti o inefficaci.**

PRESUPPOSTI

- la popolazione dei consumatori di droghe non può essere “misurata” in maniera esauriente
- la comprensione del fenomeno è affidata alla scelta/studio di alcuni aspetti quali/quantitativi ed al loro confronto spazio/temporale (trend)
- l’adozione di una strategia di intervento richiede una oggettivazione del fenomeno per la quale i soli strumenti epidemiologici risultano o troppo lenti o inefficaci.
- **l’epidemiologia classica necessita quindi del supporto di metodologie utilizzate in campo sociologico ed etnografico.**

-CEWEG-NIDA-USA 1978
(Community Epidemiology Working Group)

-Pompidou Group (Consiglio d'Europa)
1982

- EMCDDA-Agenzia U.E. 1993
diversi gruppi di lavoro multidisciplinari

Quest'ultimo approccio è tanto più necessario quanto più **“inaccessibili”** risultano i sottogruppi di popolazione e quanto più velocemente **cambiano i consumi** in termini di sostanze ed in termini di abitudini assuntive.

(tipologie, setting, fonti di riferimento, etc.....)

E' sperimentalmente dimostrato che i **dati quantitativi** ottenibili con l'attuale monitoraggio del fenomeno droga poco o nulla ci dicono circa il contesto e le caratteristiche con cui il fenomeno evolve. **L'osservazione qualitativa**, se adeguata, fornisce un contributo essenziale alla comprensione e lettura di indici e trends costruiti su dati provenienti da fonti ufficiali di rilevamento.

IN ALTRI TERMINI:

i dati ufficiali andrebbero letti, interpretati e confrontati con un **complementare qualitativo** che tenga conto del **contesto** in cui sono prodotti, che consideri situazioni, abitudini, variazioni della pratiche di assunzione, motivazioni di consumo e di richiesta di intervento, caratteristiche personali e relazionali dell'assuntore nel **contesto sociale, familiare, lavorativo.**

ESEMPIO:

Problema

Droghe sintetiche/ricreazionali

“I problemi dettati dalle nuove droghe sintetiche hanno reso necessario cercare strade per rispondere rapidamente all’apparire di nuove sostanze e trends nei consumi”

JOINT ACTION

on new synthetic drugs

16 giugno 1997,

**Sulla base dell'art. k3 del Trattato dell'U.E. in merito
allo scambio di informazioni, alla valutazione del rischio
ed al controllo delle nuove droghe sintetiche.**

**MA
PERCHE' QUESTA
ATTENZIONE ALLE
DROGHE SINTETICHE E
“RICREAZIONALI”
????**

DIFFUSIONE NELL'USO

```
graph TD; A[DIFFUSIONE NELL'USO] --> B(Arruolamento di nuovi consumatori); A --> C(Nuovi patterns di assunzione); A --> D(Quota di abuso superiore);
```

Arruolamento di nuovi consumatori

Nuovi patterns di assunzione

Quota di abuso superiore

DIFFICOLTA'

- lettura del fenomeno

(mancanza di sistemi di sorveglianza e scarsa sensibilità flussi informativi istituzionali)

- scelta delle strategie

- individuazione delle risposte

**Situazione
a livello
EUROPEO**

EMCDDA, Annual Report

- **Nell' UE, 1 adulto su 5 ha sperimentato una sostanza stupefacente**

- **Prevalenza uso recente di cannabis:**

 - < 10% nella popolazione adulta**

 - < 20% nei giovani tra 15-25 anni**

 - 3/4 sequestri del mondo in Europa**

- **Prevalenza uso recente amfetamine e cocaina:**

 - < 1 % nella popolazione adulta**

 - < 5 % nei giovani tra 15-25 anni**

- **1-1.5 milioni di consumatori problematici di stupefacenti (circa la metà per uso parenterale)**

- **> domanda trattamento per droga (ricreaz.)**

- **> i decessi per droga; ogni anno 7000-9000 casi**

INTERVENTI

La politica di riduzione della domanda di stupefacenti
riveste carattere prioritario

- **E' indispensabile che la UE faccia uno sforzo in più per sviluppare programmi di prevenzione innovativi.**
- **Occorre elaborare sistemi di valutazione delle attività nazionali ed europee.**
- **Organizzare le politiche nazionali sulle droghe mediante piani di azione nazionali e sistemi coordinati.**
- **Finalizzare meglio gli interventi sanitari, educativi e sociali.**

Uso di droghe

IN ITALIA

Soggetti in trattamento presso i Servizi territoriali

n. =171.724

(trend in crescita, 20.9% nuovi utenti)

Sostanza primaria: oppiacei 75.3%, cannabis 13.4%, cocaina 10.5%, amfetamino-derivati 0.8%, allucinogeni 0.1%.

decremento eroina, netto incremento cocaina (> +230%) tra 1998 e 2004.

Sostanza secondaria: eroina 4.1%, cannabis 32.6%, cocaina 29.5%, cocaina: 18% (1998), 29.5% (2004) +11.5 p.ti %.

In totale quindi, **4 su 10 pazienti** presso i servizi presenta problemi da uso di cocaina o vera e propria dipendenza.

Comporta un adeguamento organizzativo ed operativo delle strutture oggi disponibili anche nella direzione dell'incremento di problemi psichiatrici.

Among Clients under treatment on Public Facilities (Ser.T):

- Increasing of cocaine treatment (> +230%) from 1998 to 2004.

2005

- Primary drug:

2004: heroin 75.3%, cannab. 13.4%, cocaine 10.5%,

2005: heroin 68%, cannab. 14%, coca 15% (27% NC)

- Secondary drug:

2004: heroin 4.1%, cannabis 32.6%, cocaine 29.5%.

- 2005: heroin 4.3%, cannabis 31.94%, cocaine 30.1%

Cocaine: 18% (1998), 30.1% (2005), + 12.1 p.ts of percentage

CAMBIAMENTI DELLE PRINCIPALI SOSTANZE D'ABUSO PRIMARIE.

Percentuale utenti Ser.T. Italia 1991 – 2005

SOSTANZA	1991	2005	Δ punti %
EROINA	90.1	72.3	- 17,8
COCAINA	1.3	13.2	+ 11.9
ANFETAMINE	0.1	0.2	+ 0,1
CANNABIS	5.0	9.7	+ 4.7

Fonte: Elaborazione ISS su dati del Ministero della Salute

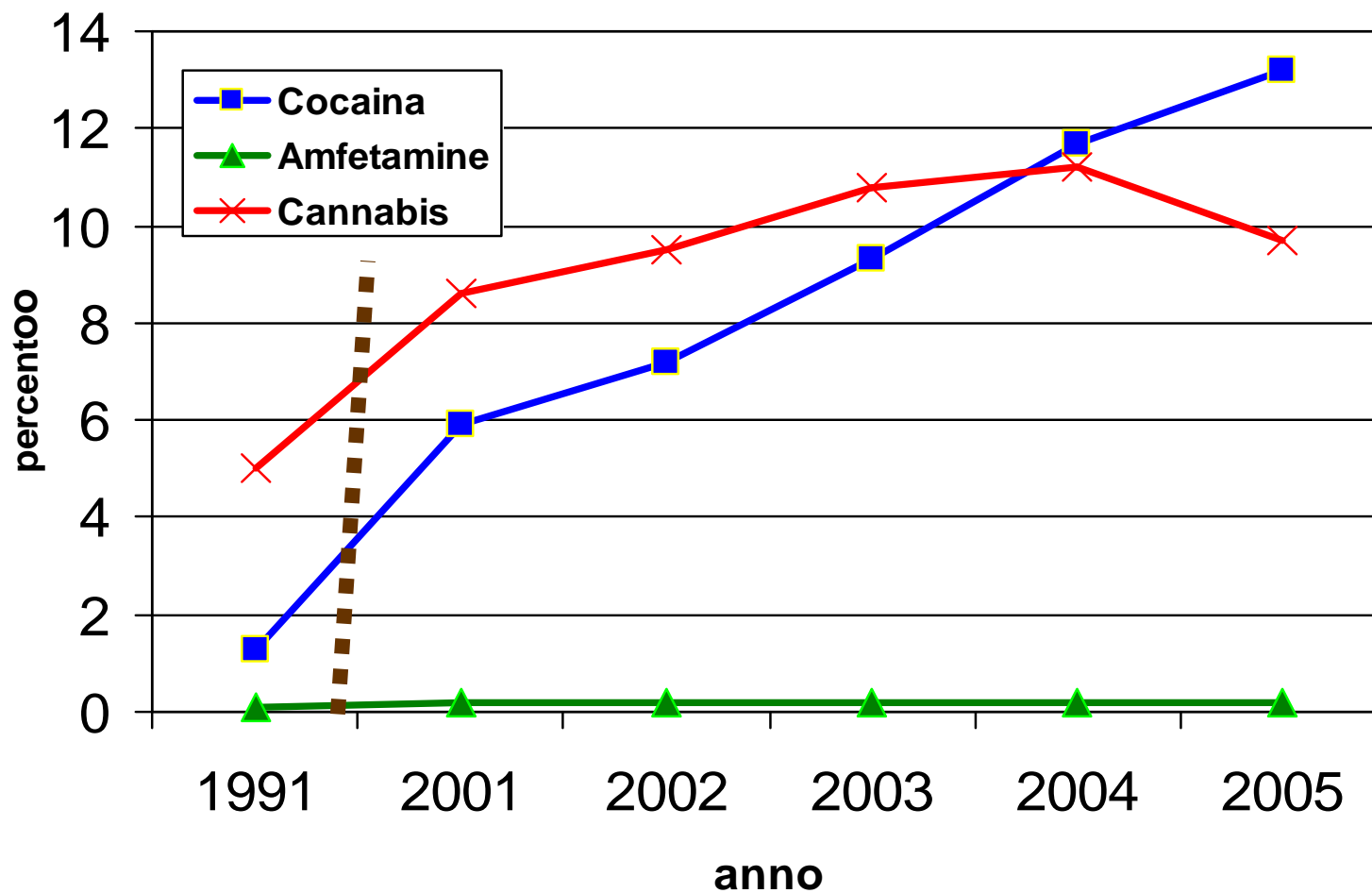
CAMBIAMENTI DELLE PRINCIPALI SOSTANZE D'ABUSO SECONDARIE.
Percentuale utenti Ser.T. Italia 1991 – 2005

Sostanza	1991	2001	Δ punti %	2005	Δ punti % Vs 1991
EROINA	1,3	3,4	+ 2,1	4.3	+ 3.0
COCAINA	11,7	25,0	+ 14,7	30.1	+ 18.4
ANFETAMINE	1,9	1,5	- 0,4	1.2	- 0.7
CANNABIS	41,5	36,2	- 5,3	32.0	- 9.5

Fonte: Elaborazione ISS su dati del Ministero della Salute

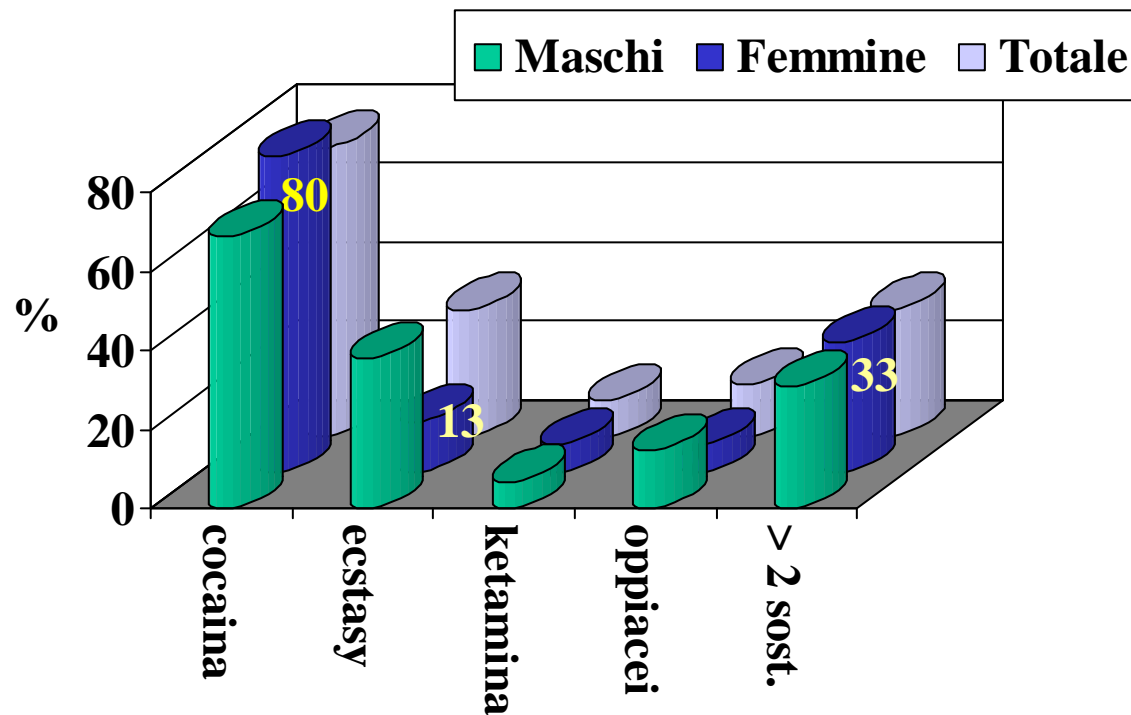
Incremento delle principali sostanze d'abuso primario (%) nell'utenza Ser.T.

Italia, 1991-2005



Ambiti ricreazionali. Roma 2002

HS-SPME GC/MS su capelli ISS

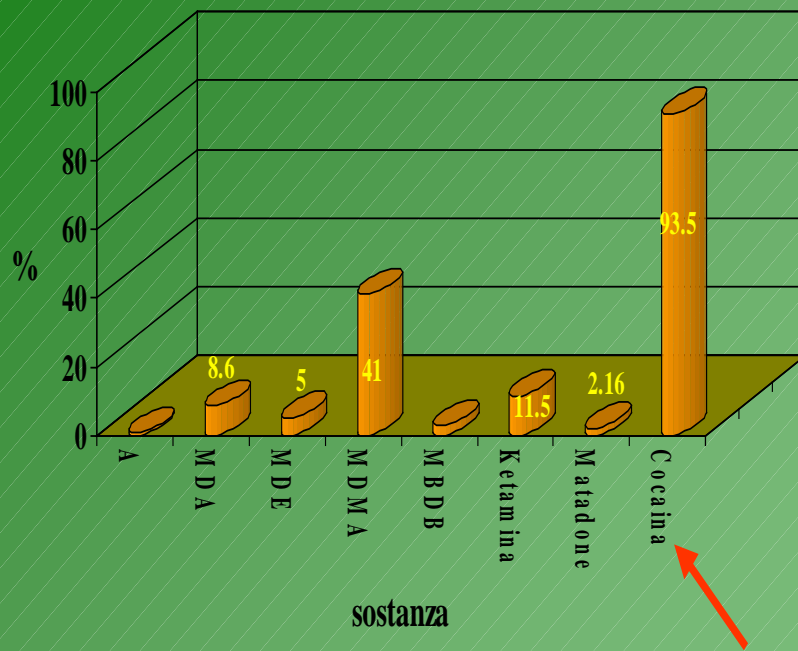


Ambiti ricreazionali

HS-SPME GC/MS su capelli. ISS

Roma 2003

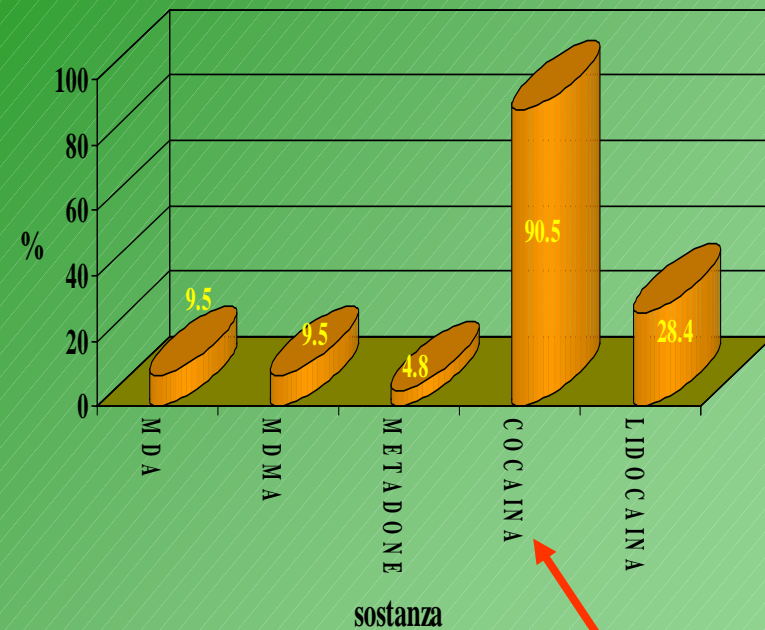
(n. 183)



Gentili S., Cornetta M. and Macchia T., J.Chromatogr.B 801/2: 289-296 (2004).

Vicenza 2003

(n. 79)



Gentili S., Cornetta M. and Macchia T., J.Chromatogr.B 801/2: 289-296 (2004).

Decessi

Per "overdose" 441 casi totali , < del 5% sotto i 20 anni

Per altra causa Tossicologia Forense di Milano, morti droga-correlate, soggetti trovati positivi a cocaina ed a morfina nel controllo tossicologico post-mortem:

	Overdose	Incidenti	Altre cause (suicidi, omicidi...)
Cocaina	25	31	44
Oppiacei	73	9	18

Cocaina come causa di decessi: 2.8 % ('96), 13.8 % nel 2002

Ricoveri droga-correlati

(ricorso a strutture ospedaliere per disturbi da uso di sostanze). SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) di pazienti con diagnosi correlata al consumo di droghe.

Italia, 2001-2003 **84.024 ricoveri** (circa il 2% del totale dei ricoveri)

- per :
- psicosi indotta da droghe,
 - dipendenza/abuso di droghe,
 - toss. in gravidanza, danni da droghe a feto o a neonato,
 - avvelenamenti.

DATI NAZIONALI 2004

Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2004.

Uso di droga nella popolazione studentesca (15-19 anni) (ESPAD)

	Nella vita	ultimi 12 mesi
Cannabis	32.1 %	25.5%
Cocaina	4.8	3.5

(incremento maggiore tra le ragazze)

1/3 dei consumatori ha fatto uso di più sostanze; il 65% tra le associazioni di 2 sostanze riguarda l'abbinamento tra **cannabis e cocaina**, il 14% cannabis e amfetamine, il 9% cannabis e allucinogeni, il 3% cannabis ed eroina. (N.B. allucinogeni in crescita)

I dati dello studio **ESPAD** riportano che, fra gli oltre 28.000 studenti considerati, più del **34%** dei giovani in età 15-19 anni ha fatto uso di sostanze illegali nell'arco della vita ed il **19%** negli ultimi 30 giorni

CIOE'

poco meno di 1 ragazzo su 5 è un consumatore
e non più uno sperimentatore.

**Tra gli utilizzatori di sostanze,
circa il 10% è a rischio di
sviluppare dipendenza o gravi
problemi di salute**

USO e DIPENDENZA

- Fortunatamente, solo una parte “contenuta” degli sperimentatori di droga **evolve in dipendenza**, mediamente **circa il 10%**
- I dati del National Comorbidity Survey, campione rappresentativo popolazione USA, dicono che per la **cocaina**, **il 5-6%** dei consumatori diviene **dipendente** già nel **primo anno di consumo**,
- Dipendenza **entro 10 anni** dal primo uso:

Cocaina **15-16 %**

Alcol **12-13 %**

Cannabis **7-8 %**

• **Nel primo anno di uso**, la probabilità di sviluppare dipendenza da cocaina per gli assuntori di questa sostanza è **DUE** volte superiore rispetto alla alcolodipendenza negli assuntori di alcol o alla dipendenza da cannabis negli assuntori di marijuana.

• Circa il rischio di sviluppare dipendenza nei primi anni di uso, la **differenza di genere** è molto ridotta per la cocaina rispetto alla cannabis ed all'alcol.

• E' opportuno considerare che quantità, frequenza d'uso, via di assunzione, continuità d'uso, pressione dei pari e frequenza di esposizione svolgono un ruolo importante nella **velocità del passaggio** da una condizione all'altra.

Es.: Coorte di coloro che avevano sedici anni nel 2001

(**594.591 soggetti**, 304.969 maschi e 289.591 femmine).

Riferendoci ai soli maschi, supponiamo che abbia fatto un uso di sostanze circa il **25%**, il che significa, in termini assoluti, 76.242 ragazzi (304.969×0.25).

In pratica questa coorte, per i soli maschi, contribuirà alla massa dei soggetti cronici e dipendenti con circa **7.600 unità** (cioè il 10%).

Supponendo infine che nelle femmine la proporzione dell'uso sia pari al **9%**, ci dovremo aspettare in aggiunta altri **2.500 soggetti**.

CONSIDERAZIONE:

Dietro quel "10%", a prima vista poco rilevante, si nasconde un quadro su cui è necessario riflettere per agire concretamente: stando le cose come stanno, tra i nati di quell'anno, nelle ipotesi fatte, **circa 10.000 ragazzi** svilupperanno seri problemi a causa delle sostanze.

(Fonte: F.Taggi, ISS 2006)

**Siamo in presenza di un fenomeno
ancora in crescita**

Siamo in presenza di un fenomeno grave e in crescita

(Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2004. Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga)

nei confronti del quale si cerca di intervenire puntando molto sulla prevenzione come sollecitato anche dal Consiglio dell'Unione europea

(Consiglio dell'Unione Europea, Gruppo orizzontale di lavoro sulle sostanze stupefacenti, 13 giugno 2003 n. 5034/4/03).

Con la risoluzione 5034/4/03 il Consiglio insiste sull'importanza degli interventi tempestivi di prevenzione dalle droghe e dai danni associati al loro uso e riscontrati nei giovani tossicodipendenti

**ALCUNE
CONSIDERAZIONI
sulla “esposizione”**

CONTIGUITA'

Contiguità verso le droghe

La presenza di droghe nei contesti della quotidianità, soprattutto delle fasce giovani della popolazione, rientra nella “normalità” non essendo più un fatto eccezionale.

Questo determina una crescente probabilità che un ragazzo entri in contatto con il mondo della droga direttamente (contatto fisico o sperimentazione-assunzione) o in modo indiretto (vedere o conoscere qualcuno che la usa, sapere dove e come trovarla).

Le probabilità di contatto aumentano anche in presenza di altri fattori di rischio, non ultimi quelli psicologici come il grado di insoddisfazione nelle proprie relazioni (amici, famiglia, scuola, lavoro) e la capacità o meno di contenere l'istintività e le pulsioni (es. il desiderio di provare droghe e la capacità di resistere all'offerta).

CONTIGUITA'

alle droghe

Le indagini **IARD** hanno registrato un netto incremento dei livelli di contiguità alle droghe.

Tra il 1983 ed il 2000

Percentuale di ragazzi tra i 15 ed i 24 anni che

- conosceva utilizzatori di droghe: 39% → 68%,
- quota di coloro cui è stata offerta una qualche droga: 21% → 46.1% ,
- percentuale di quanti hanno sentito il desiderio di provare droghe: 7% → 18%

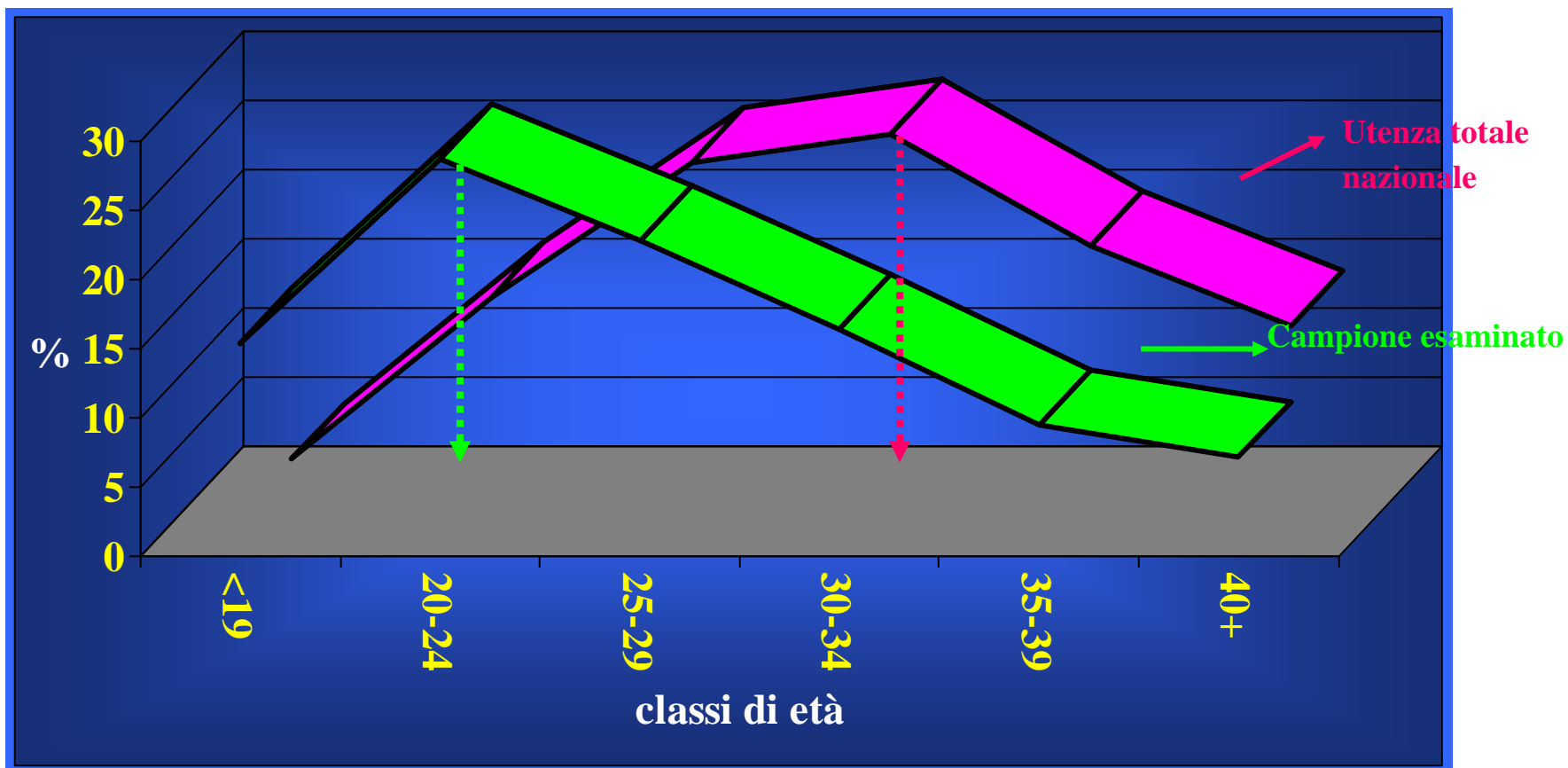
Rilevazione clinica sostanze ricreative 2002 (2004-2005)

Caratterizzazione del campione

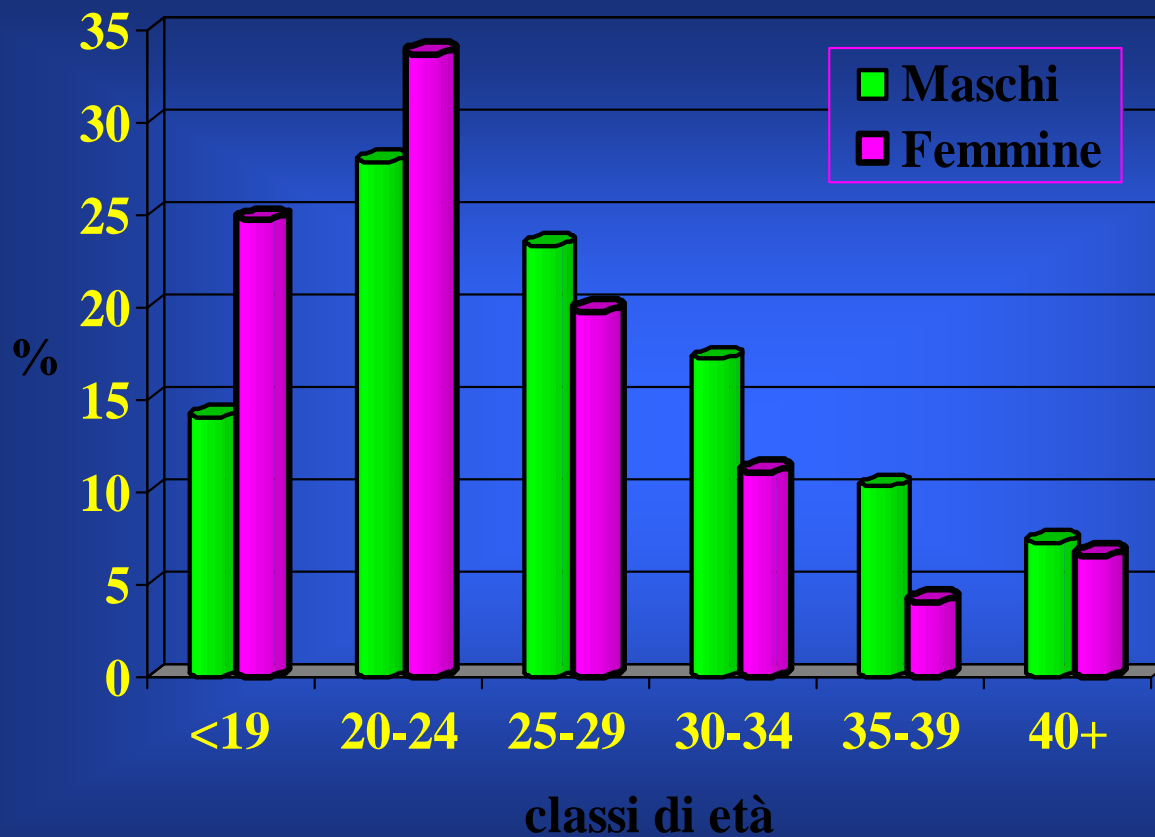
	%	
• Copertura campione	18	(30)
• Nuovi Utenti	<u>72.7</u>	<u>(63.3)</u>
• Vecchi Utenti	27.3	(36.7)

ETA' AL MOMENTO DEL CONTATTO

campione esaminato ed utenza nazionale.



ETA' AL MOMENTO DEL CONTATTO



Condizione rilevata

n= 1765; n=3827

	2002	2004-2005
Dipendenza	41,8	47.7
Uso ricreativo	21,5	21.7
Uso problematico	32.1	28.0
Altro	4,6	2.6

Eventi di tipo psichiatrico.

Percentuale per genere

(tra parentesi i nuovi utenti)

	Totale (n=1726)	Maschi	Femmine
SI	16.5 (14.7)	15.7 (14.1)	<u>21.6</u> <u>(18.3)</u>
NO	83.5 (85.3)	84.3 (85.9)	78.4 (81.7)

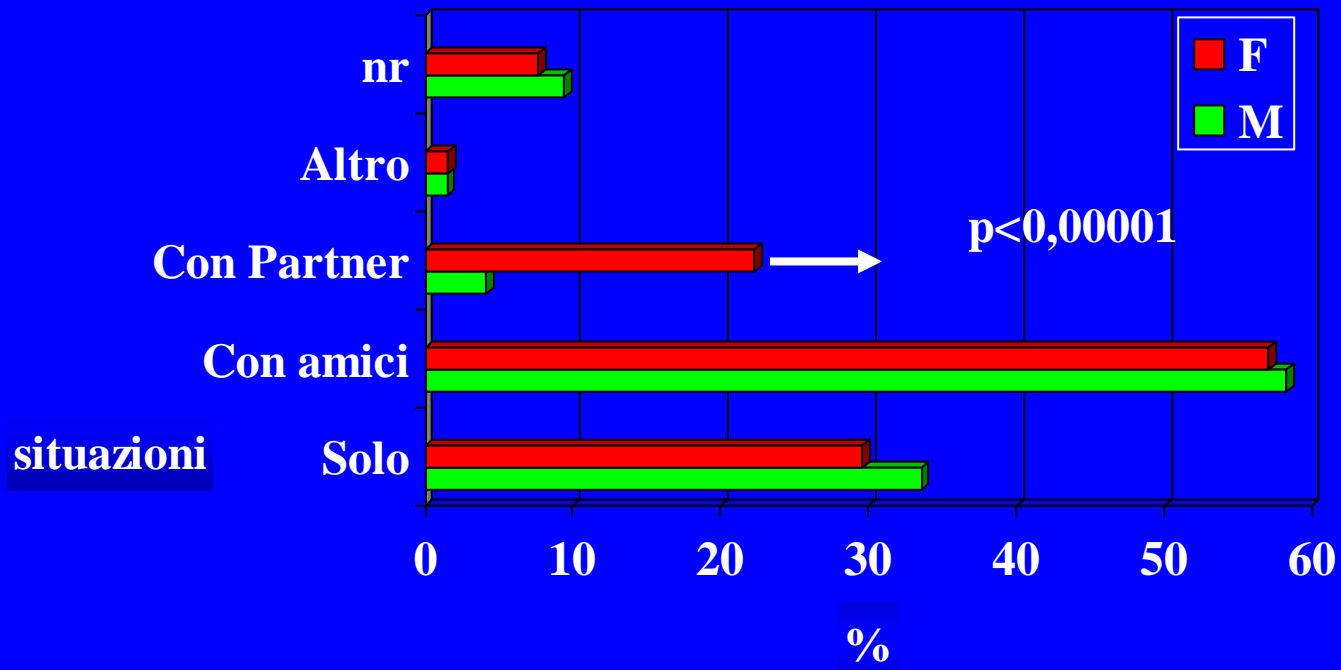
p<0.03

Luogo di consumo della sostanza

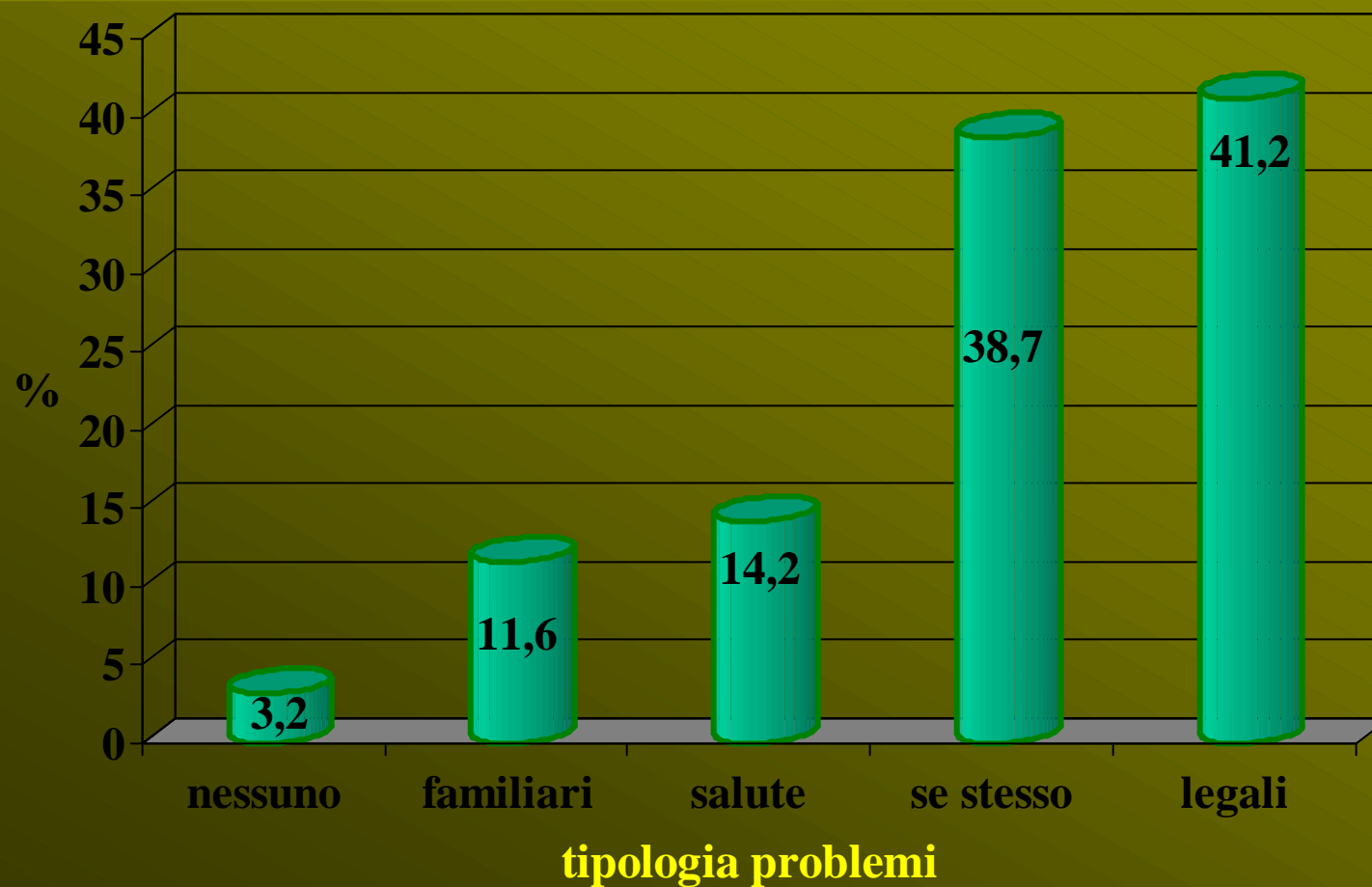
(percentuale Maschi e Femmine)

Locale pubblico	20.0	19.3	n.s.
Casa	30.1	40.7	p< 0.0009
Stadio	1.3	1.2	n.s.
Discoteca	26.2	28.5	n.s.
Strada/Giardino	18.5	11.8	P< 0.014
Altro	5.4	7.7	n.s.
n.r.	13.6	10.6	n.s.

SITUAZIONE DI CONSUMO



RICHIESTA DEL SOGGETTO ALL'INGRESSO



EVENTI TRAUMATICI e EVENTI PSICHIATRICI

- **NEI MASCHI CHE HANNO AVUTO EVENTI PSICHIATRICI IL 49,5 % HA AVUTO ANCHE EVENTI TRAUMATICI**
- **IN COLORO CHE NON HANNO AVUTO EVENTI PSICHIATRICI, SOLO IL 14,4 % HA AVUTO ANCHE EVENTI TRAUMATICI**
- **NELLE FEMMINE CON EVENTI PSICHIATRICI, IL 58,3 % HA AVUTO ANCHE EVENTI TRAUMATICI**
- **NELLE ALTRE SOLO IL 12,3 % HA AVUTO EVENTI TRAUMATICI**

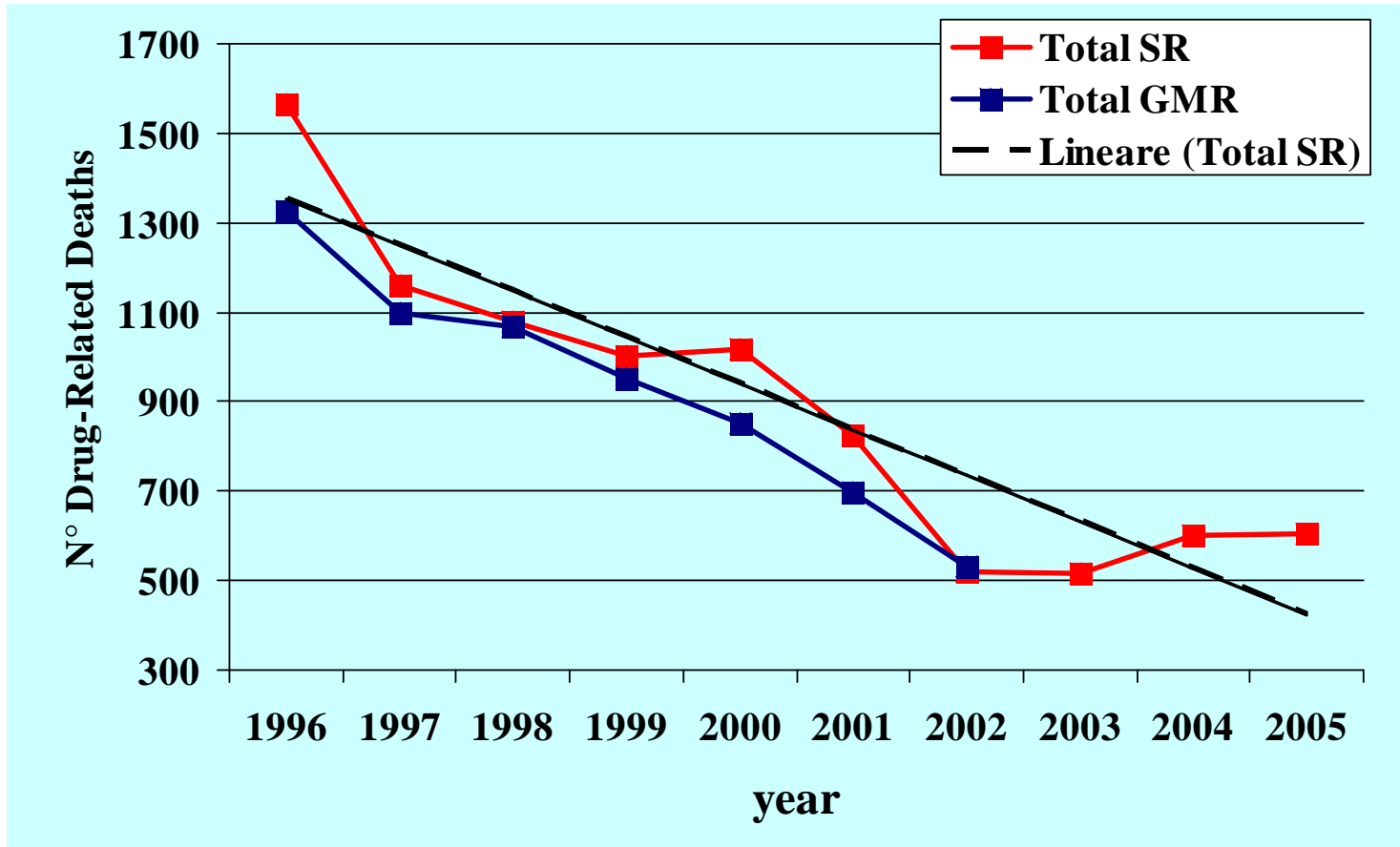
DECESSI

DROGA-CORRELATI

Total number of Drug-Related Deaths by year

Special Register (SR) and General Mortality Register (GMR)

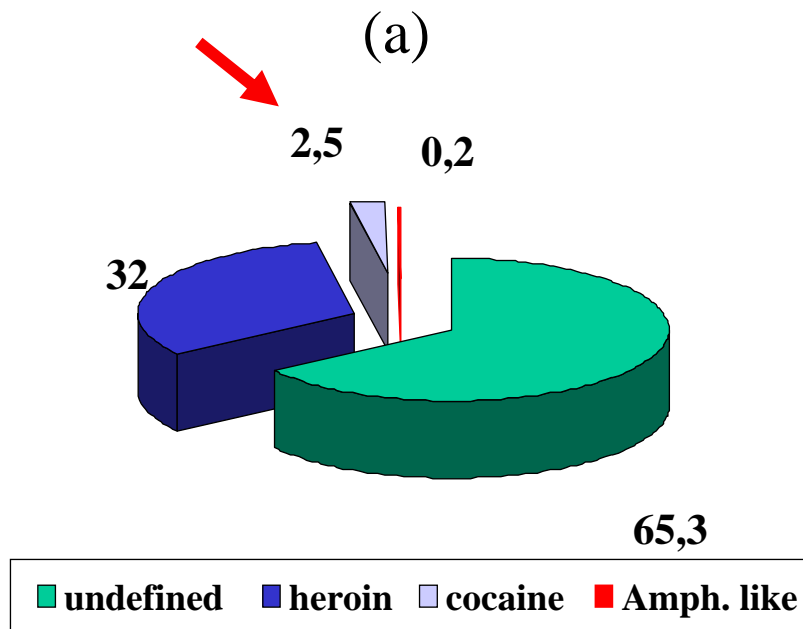
Italy, 1996-2005



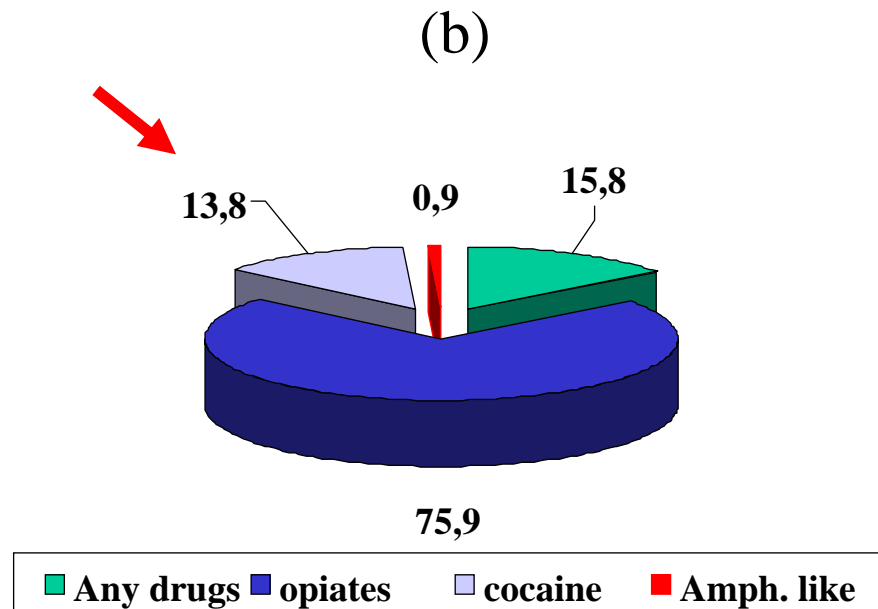
Drug-Related Deaths by substance (%).

Special Register (a) and Italian Forensic Toxicologists Group (b)

Italy, 2002



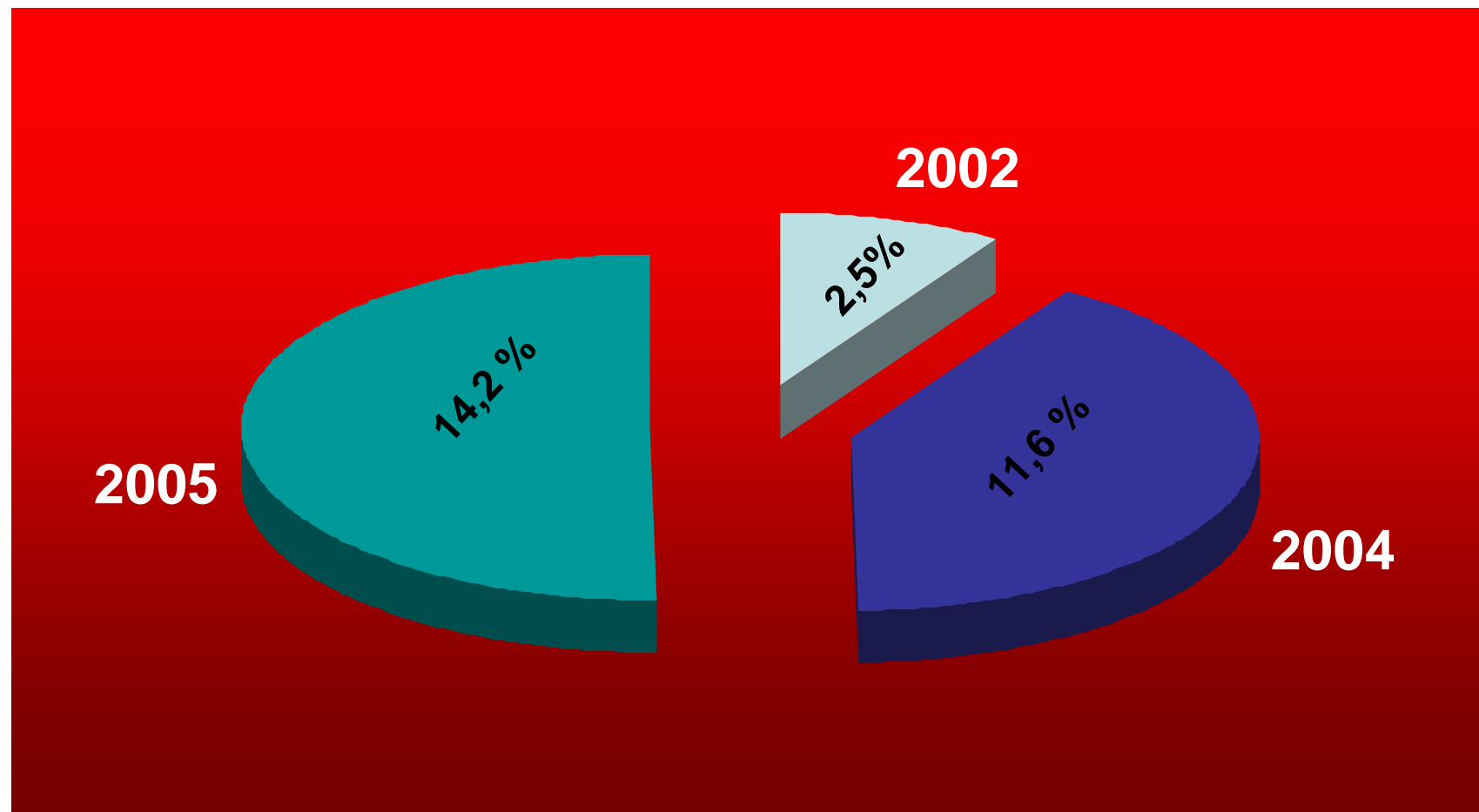
SR: DRD n=520, 65.3% undefined
M/F= **11.6**



FTG: DRD analysed n=348
M/F= **6.6**

SR: % of DRD by cocaine.

Italy, 2002-2005



Italian Forensic Toxicologists Group

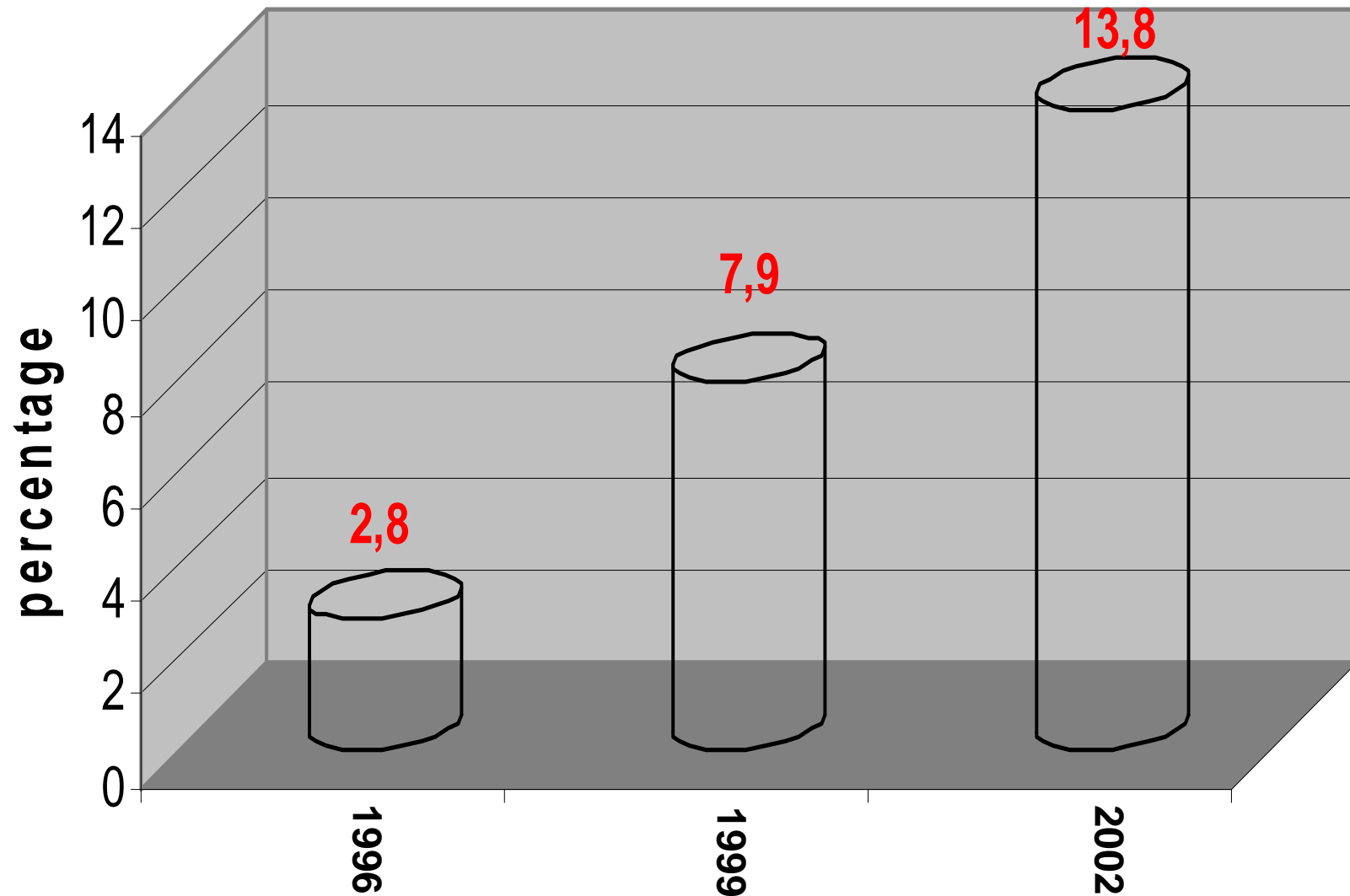
Centres providing 2005 data on cocaine deaths

Bari	Prof.	R. Gagliano Candela
Modena	Prof.ssa	M. Licata
Napoli	Prof.ssa	R. Borriello
Padova	Prof.	S.D. Ferrara
Roma	Prof.	M. Chiarotti
Verona	Prof.	F. Tagliaro

Tra i **52 decessi** da droga con accertamento tossicologico forense riportati da questi Centri universitari, **il 38 % aveva un'età massima di 30 anni.** Nel 65% di queste giovani vittime la cocaina era la sola responsabile del decesso; altre sostanze accompagnavano la cocaina nei restanti casi.

Deaths by cocaine %

Data from the Italian FTG. Italy, 1996-2002



University of Milan, Forensic Toxicology Department

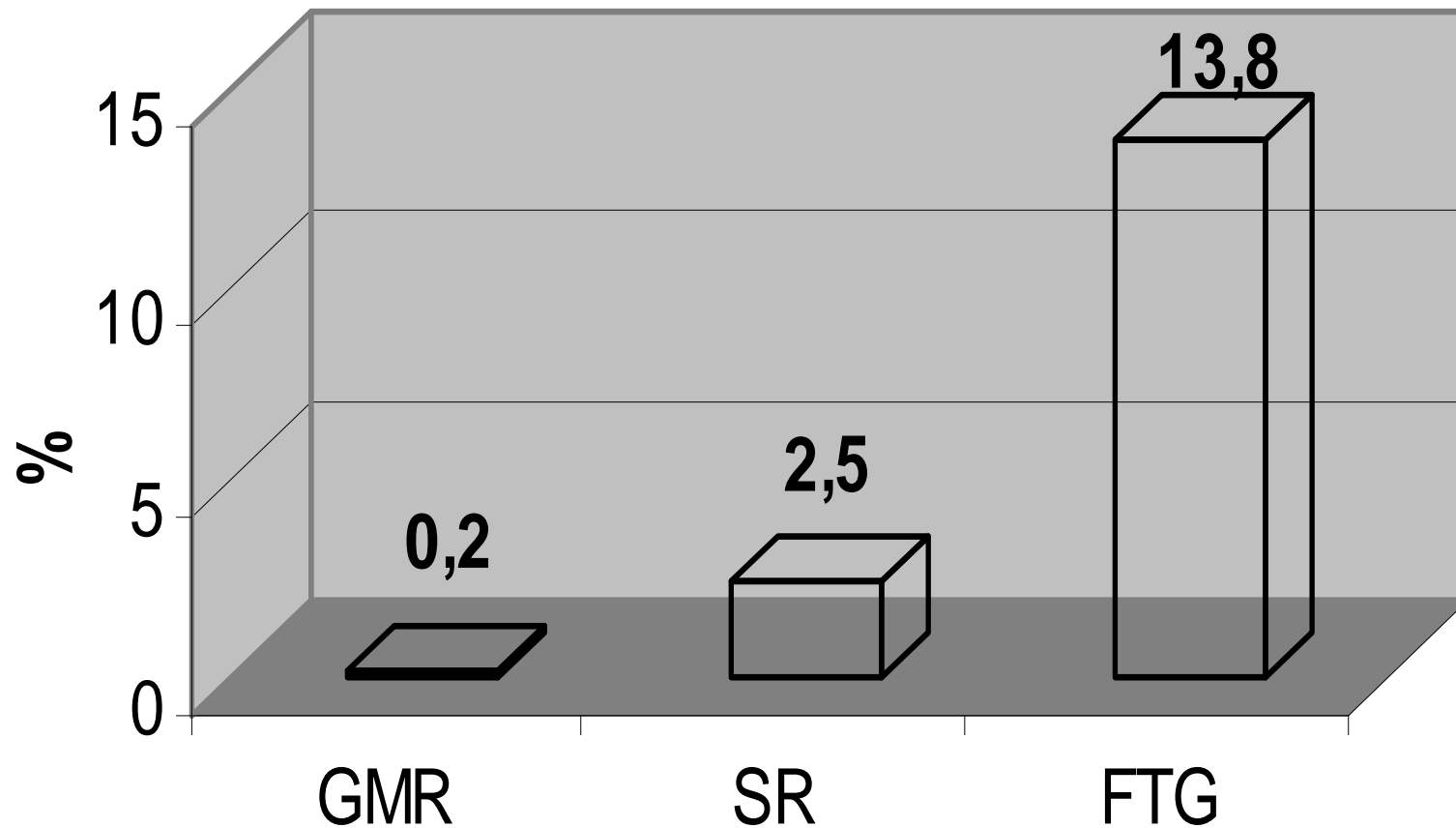
Cases with toxicology post-mortem

2004

Cocaine and morphine positivities (N):

	Overdose	Road Accident	Other causes (suicide, homicide..)
Cocaine	25	31	44
Opiates	73	9	18

Cocaine-related deaths (%) by source of the data. Italy, 2002



POISON CONTROL CENTERS

Lumbardy Region (16% of the Italian PCCs)

CAV di **Milano**

Responsabile Dr.F.Davanzo

Dr. F.Assisi

Dr. M.Bissoli

Dr. R. Borghini

Dr. T.Della Puppa

Dr. V.Dimasi

Dr. M.Ferruzzi

Dr. T.Giarratana

Dr. A.Travaglia

Dr. S.Manfrè

Dr. I.Rebutti

Dr. P.Severgnini

CNIT-CAV di **Pavia**

Responsabile Dr.C.Locatelli

Dr. R.Butera

Dr.A.Giampreti

Dr. D.Lonati

Dr. V.Petrolini

Centro di Tossicologia Clinica-

CAV di **Bergamo**

Responsabile Dr.M.L.Farina

Dr.G.Bacis

Dr. R.Butera

Dr.L.Faraoni

Dr.A.Zavaritt

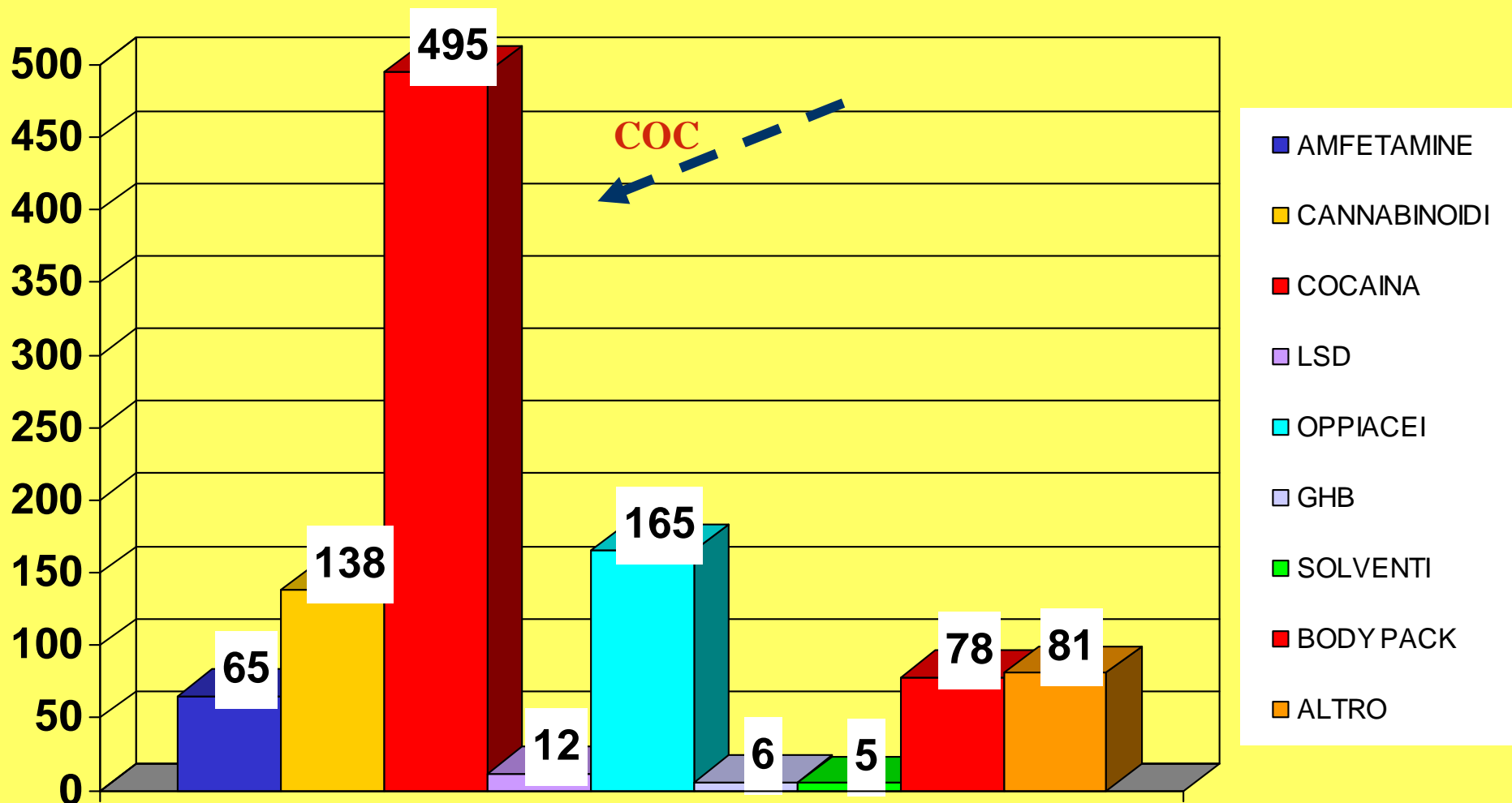
Dr. J. Eleftheriou

DISTRIBUTION of the CASES

POISON CONTROL CENTRES	2004		2005		total	
	Total cases	Drugs	Total cases	Drugs	Total cases	Drugs
Milano	51.785	706	50.372	648	102.157	1534
Pavia	11.183	165	14.520	217	25.703	382
Bergamo	2.064	62	2.475	60	4.539	122

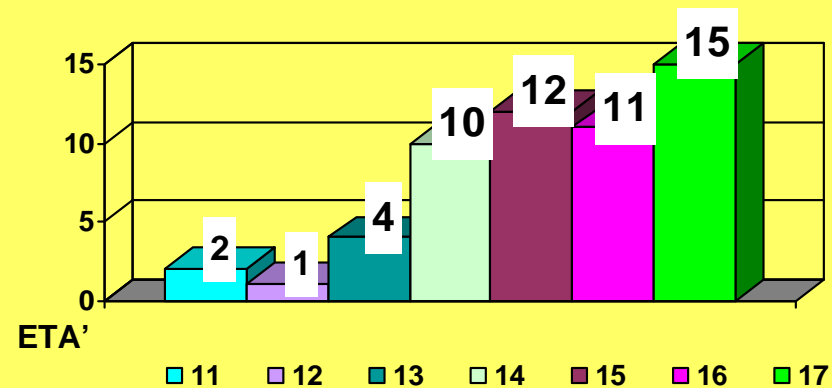
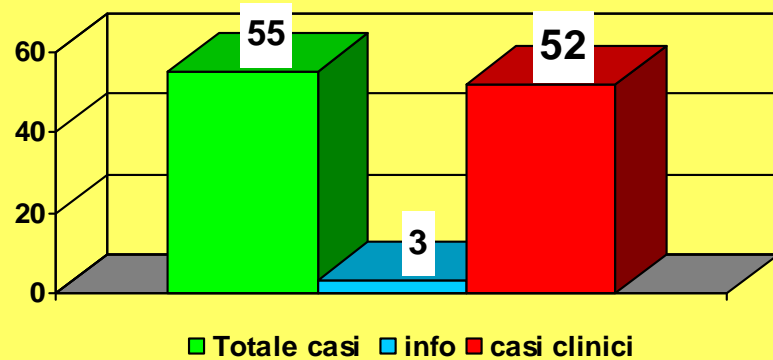
Intoxications by one substance: 733 cases

(57% of all cases)



Source: CAV Lombardia

Casi da 11 a 17 anni
n. 55 (7%)
Anno 2005



PROVENIENZA

Campania	2	Sardegna	2
Emilia Rom.	6	Sicilia	4
Lombardia	28	Trentino A.A.	1
Marche	1	Veneto	3
Piemonte	5	Non noti	2
Puglia	1		

LUOGO DELL' EVENTO

Casa	38
Posto pubblico	4
Comunità	1
Scuola	2
Spazio aperto	3
Altro/non noto	7

Drug-Related Deaths recorded by the CAV, Lombardy 2004-2006

- **DRD verified:** **N.**
 - 2004 2
 - 2005 3
 - 2006 3

(first 9 months) in Milan: 2 cocaine, 1 heroin
- **Drugs caused letal intoxication**
 - Cocaine 4 deaths
 - Heroin 1 death

INGRESSO

**NUOVE SOSTANZE
PSICOATTIVE
NON SINTETICHE**

EARLY WARNING SYSTEM

EMCDDA, 1997

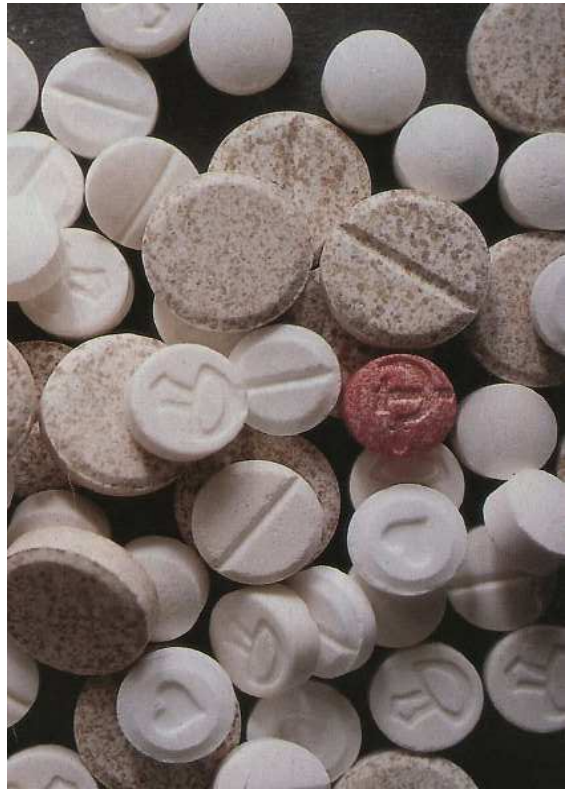
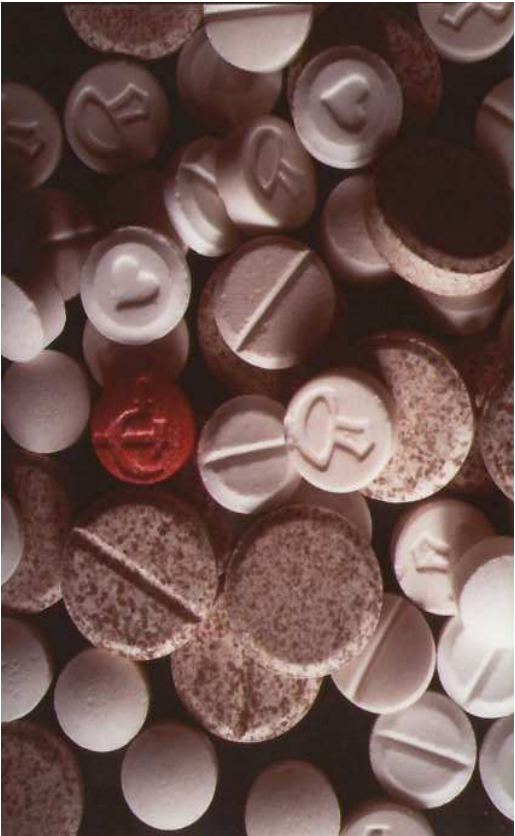
SOSTANZE SINTETICHE DI ATTUALE INTERESSE in U.E.

- **MDMA** Matilen Diossi Metil Amfetamina
- **BMC** Benzil Metil Chetone
- **MDE(A)** Metilen Diossi Etil Amfetamina
- **MBDB** Metilen Diossifenil Butamina

- **GHB** Gamma Hidrossi Butirrato
- **GBL** Gamma Butirro Lattone
- **DOB** DimetOssi Bromoamfetamina
- **2-CB** Bromo Dimetossifenetilamina (nexus)
- **4-MTA** 4-Metil Tio Amfetamina

- **PMA** Para Metossi Amfetamina
- **PMMA** Para Metossi Met Amfetamina
- **TMA-2** 2,4,5,-Tri Metossi Amfetamina

- **2C-I (NSD)** 2,5-Dimetossi-4-Iodofenetilamina
- **2C-T-7 (2000)** 2,5-Dimetossi-4-(n)-propiltiofenetilamina
- **2C-T-2** 2,5-Dimetossi-4-etiltiofenetilamina



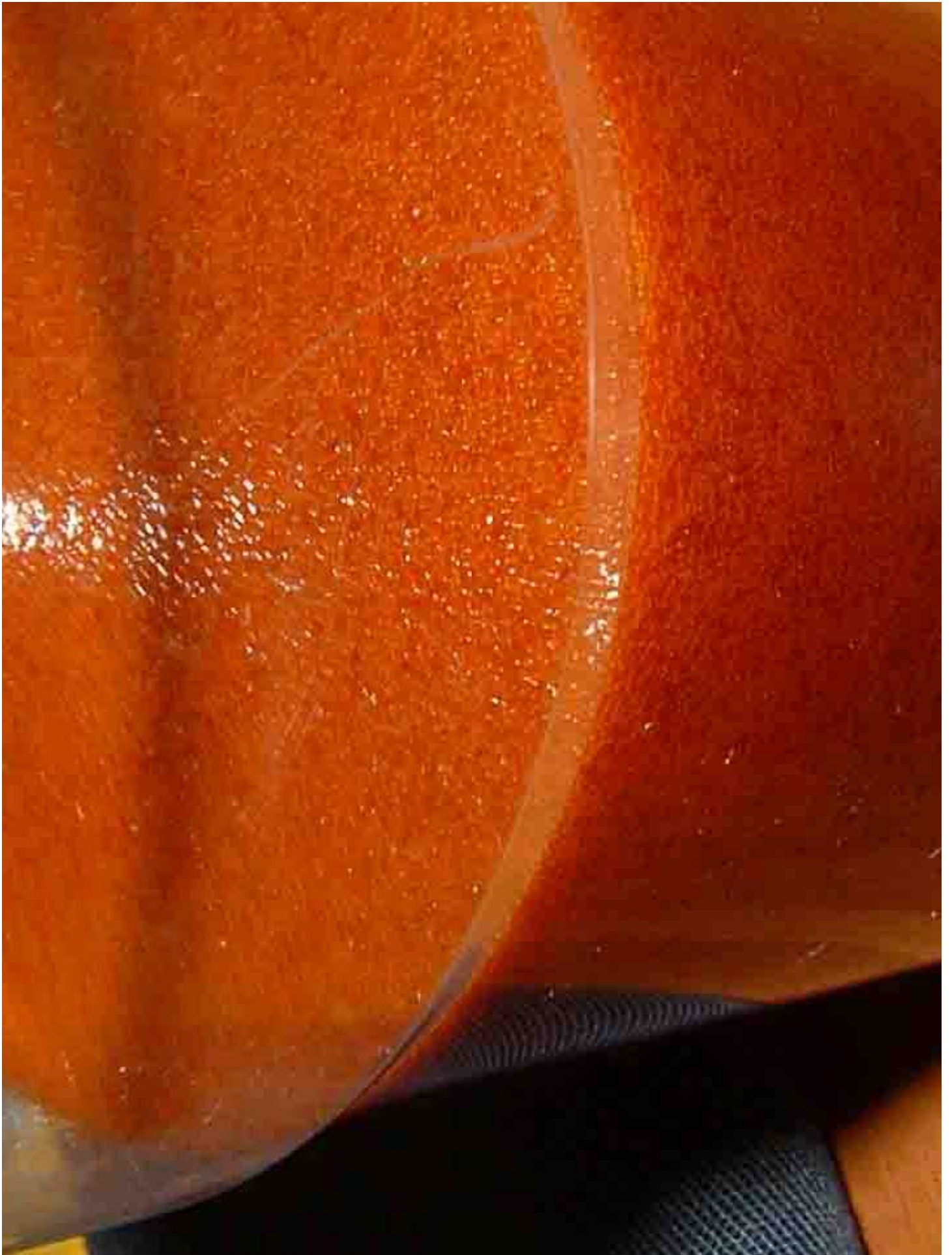


Logo:	Rolls Royce	Keines
Gassennamen:	Rolls Royce	Smarties
Verkauft als:	XTC (Ecstasy)	XTC
Bruchrille:	Ja	Nein
Inhalt:	m-CPP, Meta-Chlorphenyl-Piperazin	m-CPP,Meta-Chlorphenyl-Piperazin
Gewicht:	275.8	286 mg
Durchmesser:	9.1	9.1 mm
Dicke:	4.0	3.3 mm
Farbe:	Leicht Pink, mit farbigen Sprengel	Weiss, mit farbigen Sprengel
Getestet in:	Zürich August 05	Zürich August 05
Inhaltsmenge:	46.7 mg m-CPP	27.3 mg m-CPP



Logo: Weisse **LOVE** (mit Sprekeln)
Verkauft als: XTC
Bruchrille: Nein
Gewicht: 277.8 mg
Durchmesser: 7.1 mm
Dicke: 4.5 mm
Farbe: Weiss mit farbigen Sprekeln
Inhaltsstoff: **Ca. 10 mg MDHOET und 4 mg MDMA**
Getestet: In Zürich am 28.05.2005
Infos zu MDHOET:
Chemische Bezeichnung:
3,4-Methylenedioxy-N-(2-Hydroxyethyl)-Amphetamin





Dimethyltryptamine (DMT)

Included in table I of drugs law in Italy. DMT was found in 36 litres of ayahuaska contained in plastic bottles or bags in Umbria and Latium. More than 10 litres of the substance have been seized in the first 3 months of 2005 in Lombardy, Piedmont and Latium. Chemical-toxicologic analyses revealed that the substance found was effectively NN, Dimethyltryptamine (DMT) with a maximum DMT content of **15%**. The substance contained also **armine and armaline** Its cost on the illicit market is about 130 Euro per gramme.

(2 composti: una amina come la DMT ed un inibitore della monoamina ossidasi, nella forma di beta-carbolina, come la armina, armalina o tetraidroarmalina)



SALVIA DIVINORUM

**Ma il consumo di
una sostanza è
sempre
consapevole?**

ECSTASY: alcune tipologie segnalate (Italia,1999)

- MDMA + MDA
- MDMA + MDA+MDE
- MDMA + MDA+MBDB
- MDMA+caffaina
- MDMA+Cocaina
- MDMA+Efedrina
- MDMA+Ketamina
- MDMA+2CB
- MDMA+medicinali vari
- **Amfetamina+Metamfetamina**
- **Amfet.+Metamfet.+Feniletilamina**
- solo Cocaina
- solo Ketamina
- solo 2CB
- **Efedrina+Pseudoefedrina**
- solo Caffeina
- Scopolamina (al 100%)
- **Caffeina+Paracetamolo+Lidocaina**
- **Paracetamolo+Voltaren**
- **Eroina+Parac.+Cocaina+Caffeina**
- **Actifed**
-
-
-

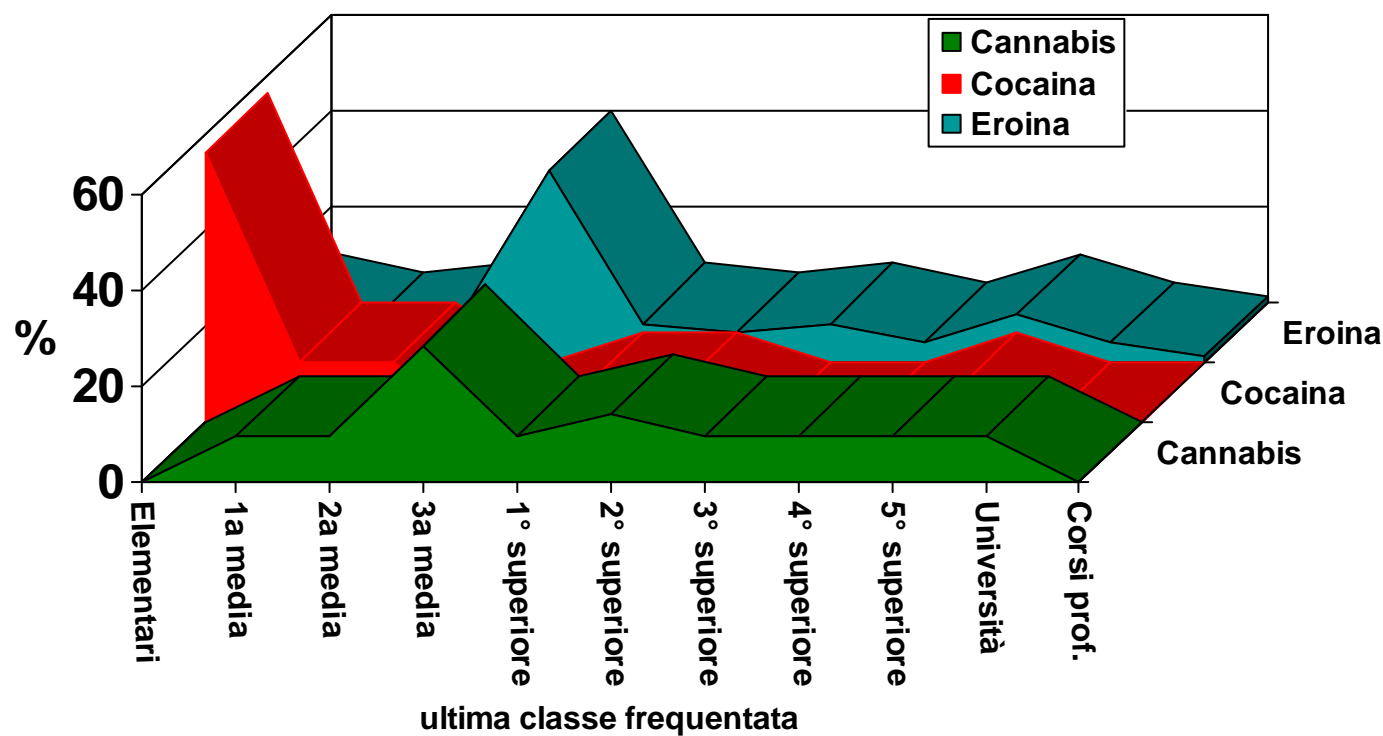
QUINDI

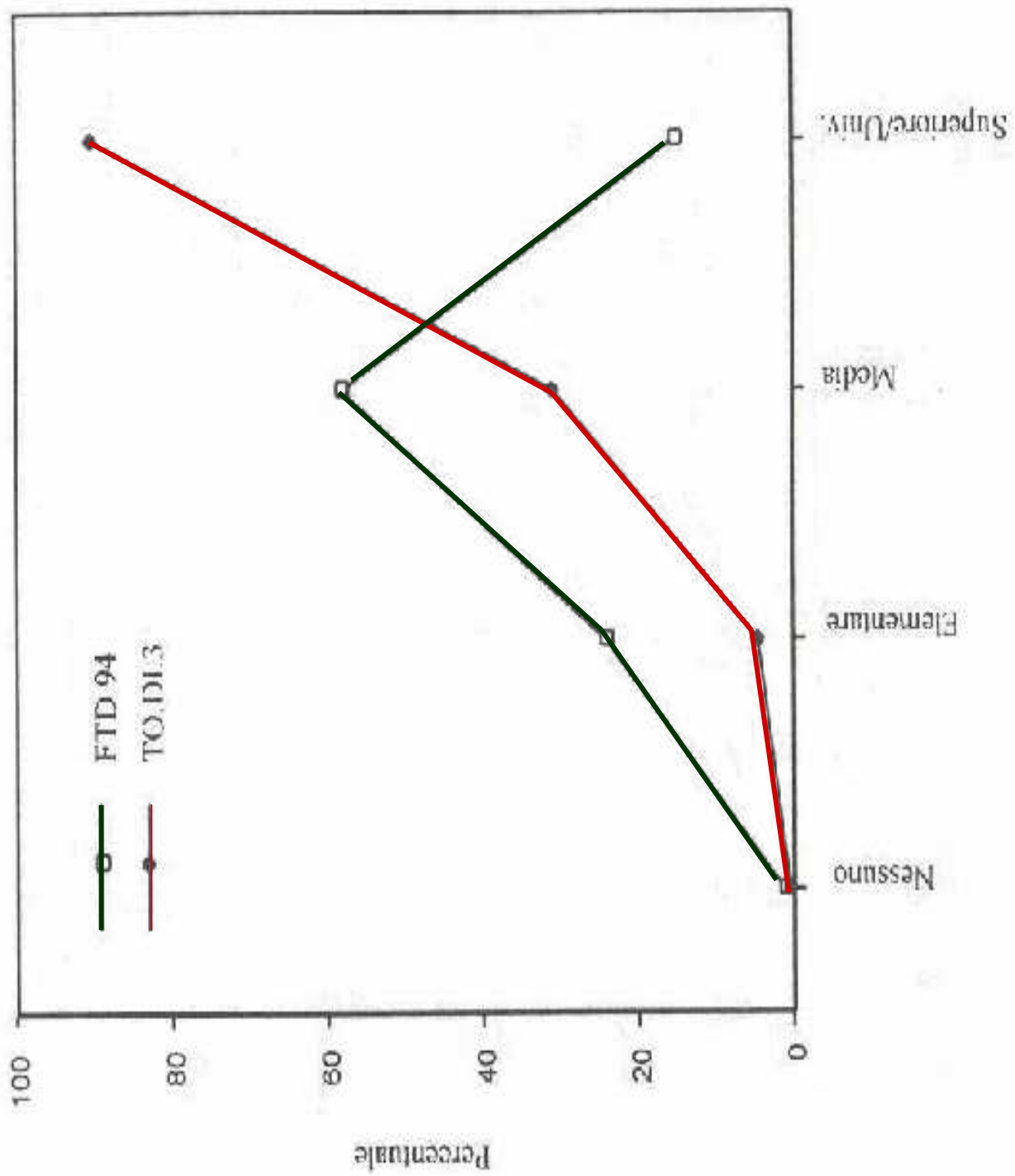
?

**USO DI DROGHE
e
SCOLARITA'**

Scolarità utenza Ser.T. (%)

Studio nazionale FTD '94-'96





Scolarità del campione FTD e del campione TO.DI.3 (anno 1994).

Progetto TO.DI.3. Scolarità e tipo di sostanza. Anno 1994

Soggetti esaminati: 26067; trovati positivi: 1536 (5,9%).

SOSTANZA	Totale Positivi		Titolo di studio				
	n°	%	Nessuno	Elementare	Media	Maturità-Università	NF
Cannabis	1384	5,17	0,52	10,97	48,07	39,61	0,82
Cocaina	76	0,29	1,32	26,32	51,32	21,05	0,00
Opiacei	112	0,43	0,00	16,07	53,57	29,46	0,89

DISPONIBILITA'
E
CONSUMO

DIFFUSIONE NELL'USO

Arruolamento di nuovi consumatori

Nuovi patterns di assunzione

Quota di abuso superiore

CONTIGUITA'

Possibili fattori di rischio “trascurati”

Fattori prenatali

Variabilità individuale in adolescenza e ruolo dello stress prenatale: il caso M.D.M.A.

Teodora Macchia ⁽¹⁾ e Gianni Laviola ⁽²⁾

⁽¹⁾ Dipartimento del Farmaco, ⁽²⁾ Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze


Note sullo studio:

Prenatal stress affects 3,4-methylenedioxymethamphetamine pharmacokinetics and drug-induced motor alterations.

S.Morley-Fletcher, M.Puopolo, S.Gentili, G.Gerra, T.Macchia, G.Laviola.

European Journal of Pharmacology 489 (2004) 89-92.

-Approfondire la conoscenza sulle variabili biologiche potenzialmente responsabili della accresciuta vulnerabilità alla dipendenza nell'adolescente riveste un particolare interesse anche in termini preventivi.

 -Un idoneo modello animale è non solo utile, ma spesso l'unica strada praticabile. Da questo modello sono emerse indicazioni circa il ruolo importante di fattori ambientali sul rischio in età evolutiva.

-Evidenze sperimentali indicano infatti che una condizione di stress prenatale costituisce un fattore importante nel condizionare il grado di vulnerabilità dell'individuo a successive condizioni di stress o alla risposta-sensibilità a sostanze di abuso.

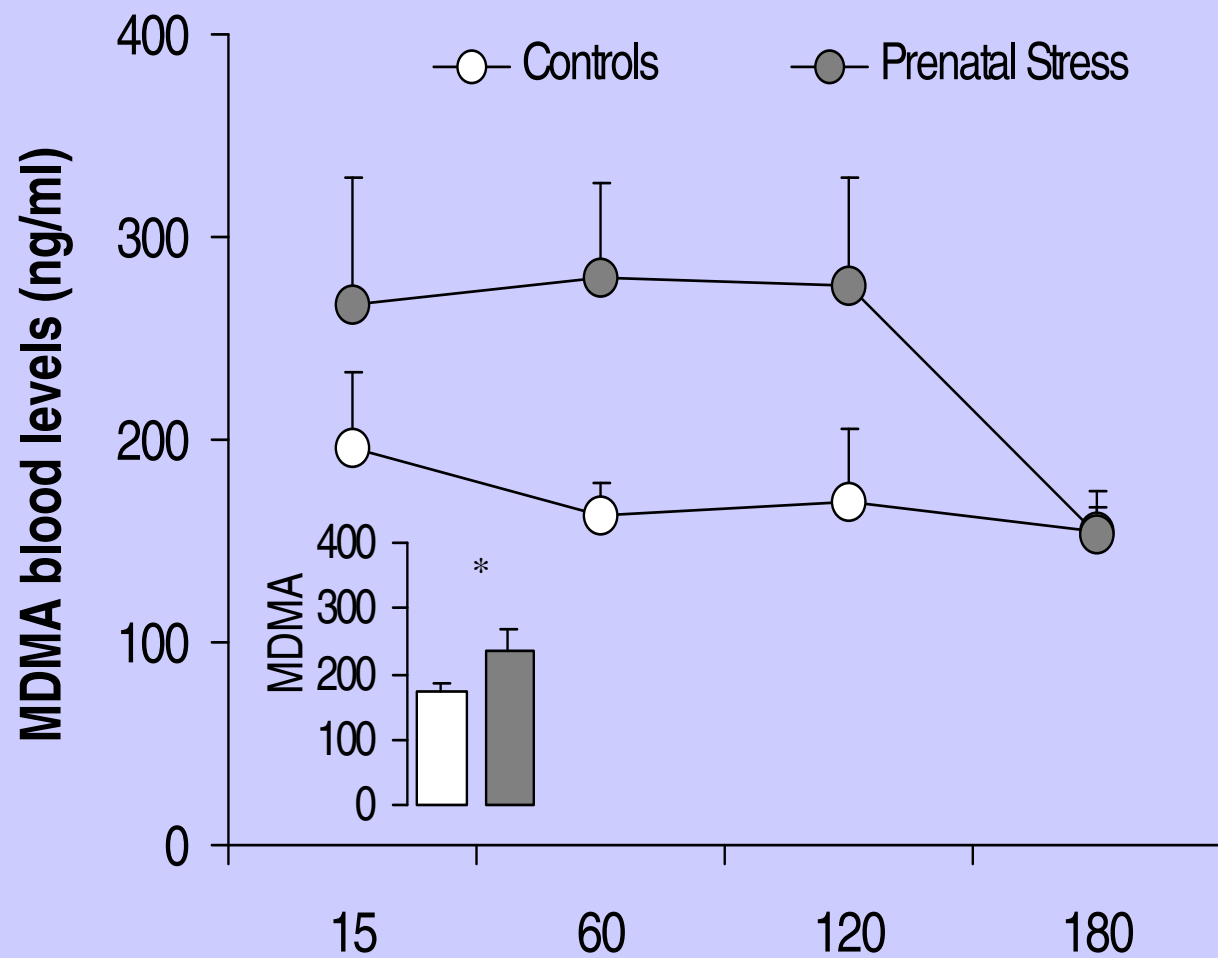


Figura 1. Livelli ematici di MDMA (ng/ml) in ratti adolescenti, 30 giorni di età, con stress prenatale e controlli. Ogni punto rappresenta la media \pm S.E.M di sei animali.

Fonte: S.Morley-Fletcher, M.Puopolo, S.Gentili, G.Gerra, T.Macchia, G.Laviola.

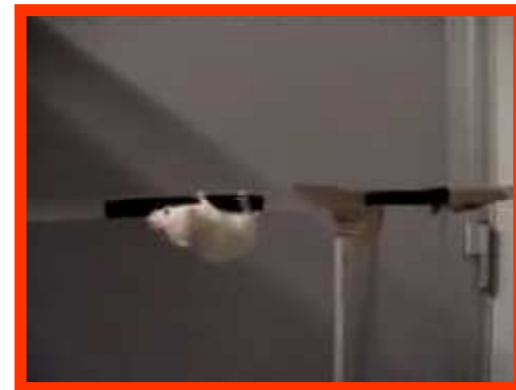
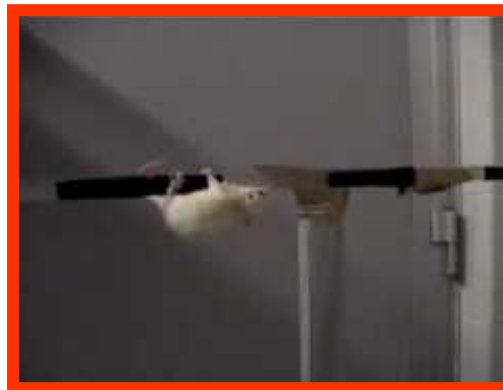
European Journal of Pharmacology 489 (2004) 89-92.

Una conseguenza diretta delle alterazioni osservate potrebbe essere la comparsa di una tossicità acuta a dosi anche moderate poiché la sostanza potrebbe accumularsi nell'organismo invece di essere metabolizzata e inattivata

Un altro aspetto interessante scaturito dallo studio riguarda il profilo di risposta comportamentale associato al pattern metabolico osservato. Infatti, alterazioni motorie indotte dalla sostanza erano significativamente più accentuate nei soggetti con S.P. rispetto ai rispettivi controlli.

PERFORMANCE MOTORIA

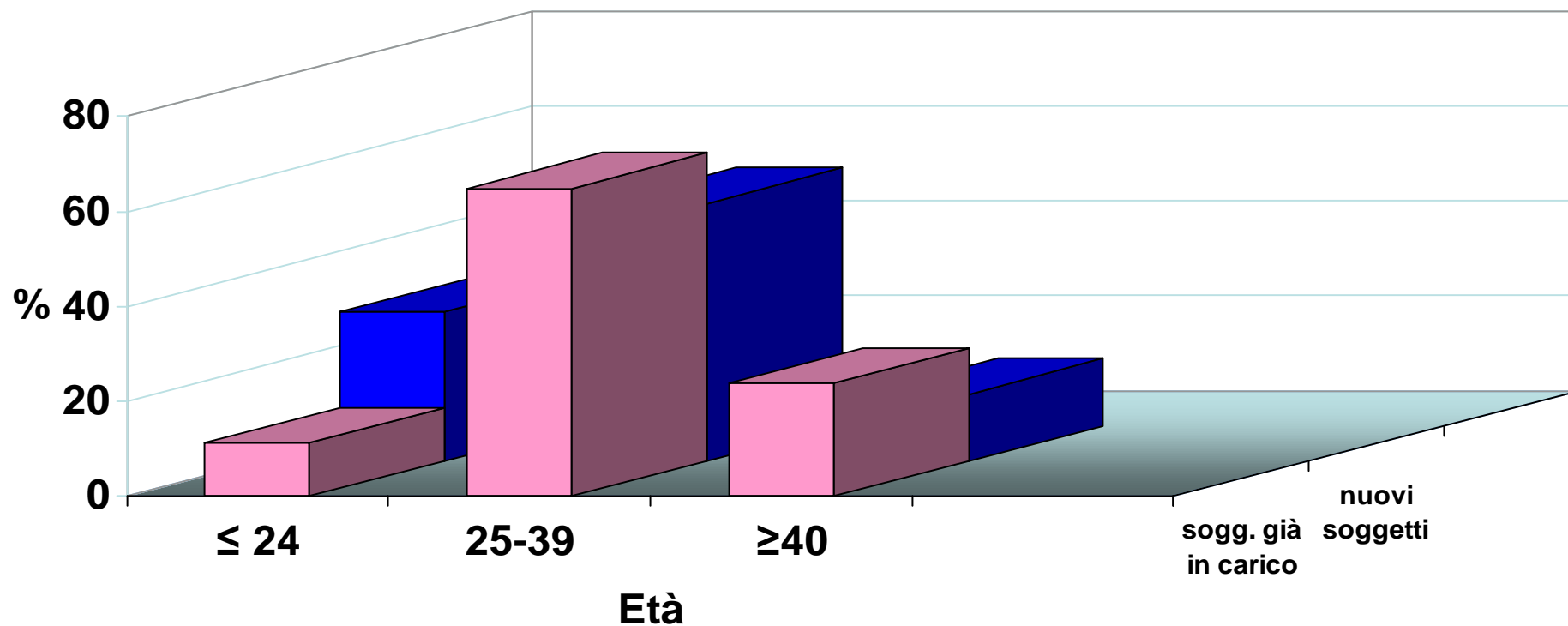
controlli e *stressati*



Fonte: Filmati prodotti da G. La viola Dip.to di Biologia cellulare e Neuroscienze-ISS. Fotogrammi estrapolati da P. Berretta, Dip.to del Farmaco-ISS.

ETA'

Soggetti in trattamento presso i Ser.T. nuovi e già in carico - ITALIA 2004



■ % Soggetti già in carico (TOT: 127922)

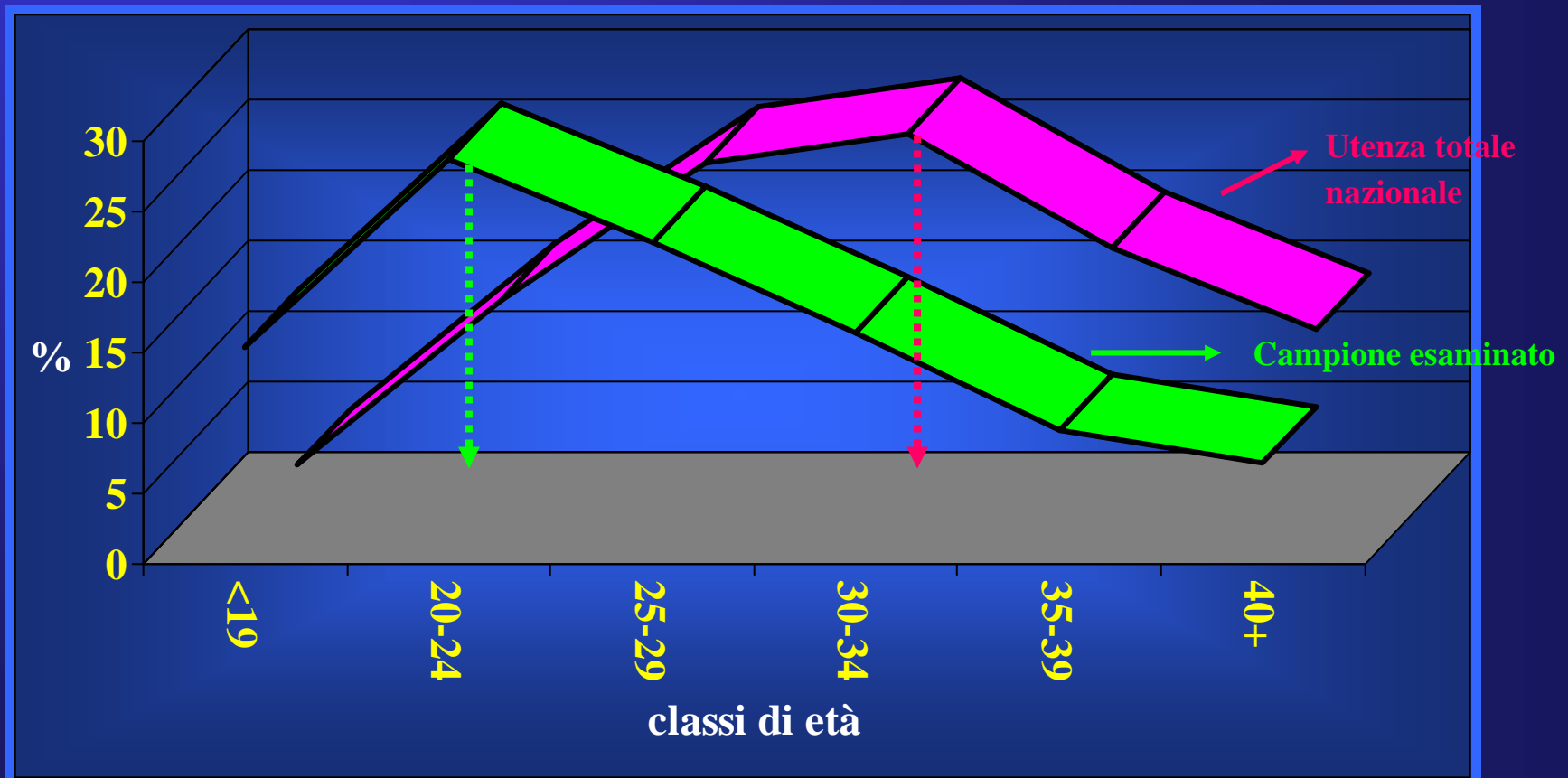
■ % Nuovi soggetti (TOT: 34308)

■ Totali : 162230

Età	≤ 24	25-39	≥ 40
% totali	15,65	62,63	21,71

ETA' AL MOMENTO DEL CONTATTO

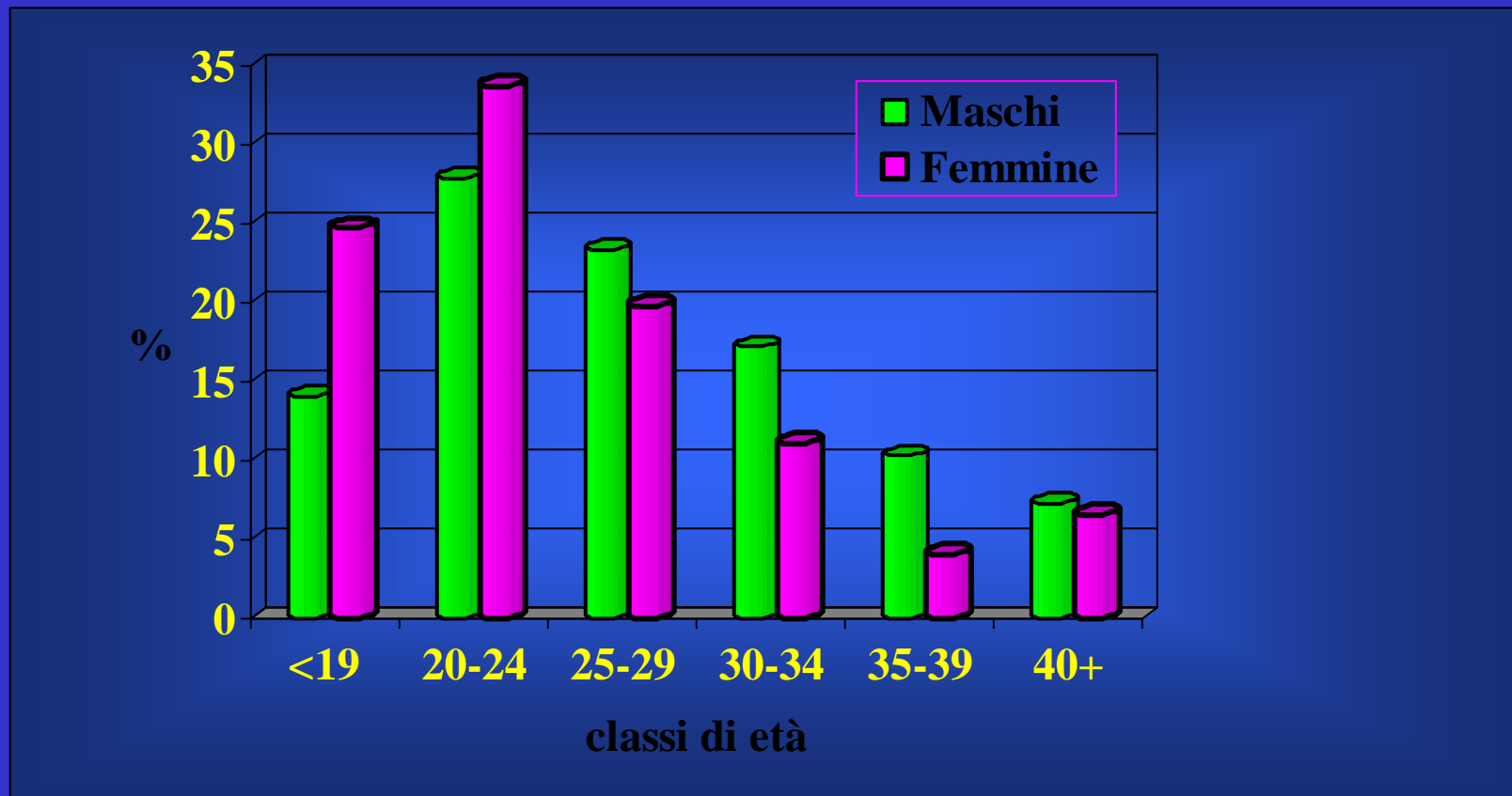
campione esaminato ed utenza nazionale.



Il Problema degli adolescenti

GENERE

ETA' AL MOMENTO DEL CONTATTO



DATI NAZIONALI 2004

Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2004.

Uso di droga nella popolazione studentesca (15-19 anni) (ESPAD)

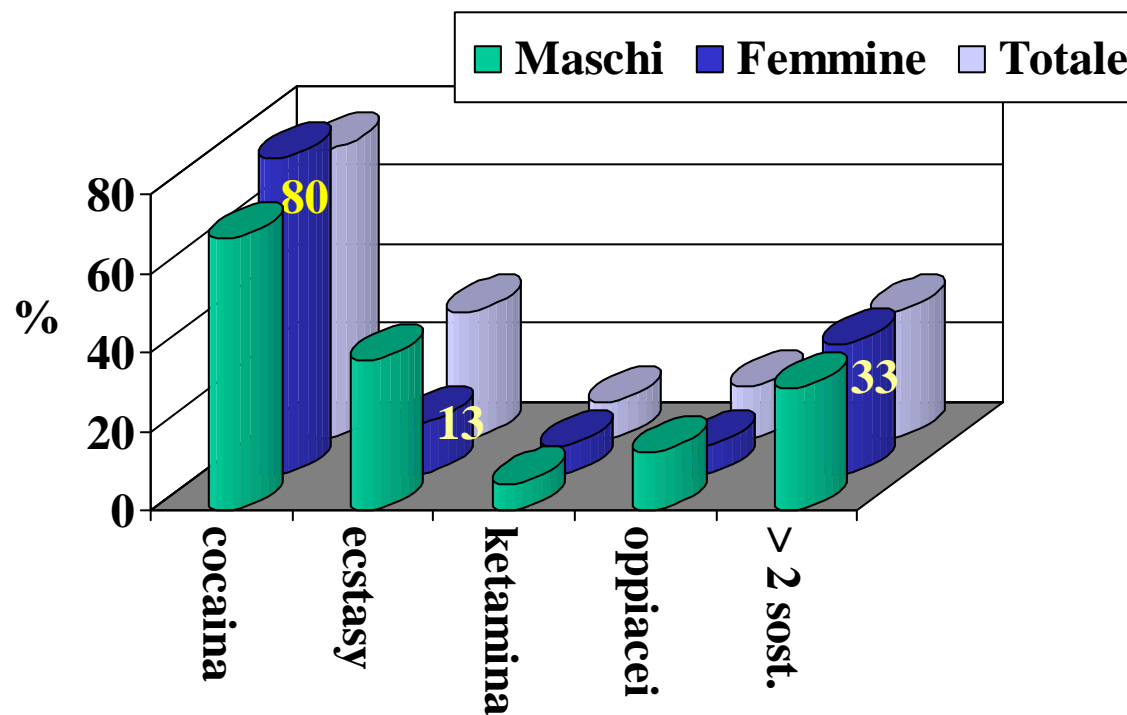
incremento maggiore tra le ragazze

USO IN AMBITI RICREAZIONALI

(self-report, tossicologico)

Ambiti ricreazionali. Roma

HS-SPME GC/MS su capelli - ISS



Necessari interventi genere-specifici

alcuni presupposti

- **Le ragazze usano inalanti, stimolanti, psicofarmaci più dei ragazzi**
- **Tendono a fumare sigarette regolarmente**
- **Se usano sostanze hanno più probabilità di dipendenza e sono anche a rischio dal p.to di vista sessuale**
- **Le ragazze che bevono più di 5 volte al mese, come anche quelle che assumono cannabis, usano meno protezioni nei rapporti**
- **Il genere femminile, se usa sostanze, tende a rivolgersi meno alle strutture e, rispetto ai ragazzi, risponde molto poco agli interventi anche informativi-preventivi che non tengono conto delle specificità di genere.**

Necessari interventi genere-specifici **un esempio nel campo della prevenzione**

Gender-Specific Computer-Based Intervention for Preventing Drug Abuse Among Girls.

S. Schinke and T. Schwinn

American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 31: 609-616, 2005

Gender-Specific Computer-Based Intervention for Preventing Drug Abuse Among Girls.

S. Schinke and T. Schwinn. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31: 609-616, 2005

- Il computer si è rivelato ideale per l'intervento su temi così delicati come l'uso e i comportamenti
- L'informazione era uguale per tutti
- Le informazioni, che si potevano approfondire on-line erano accettate senza riluttanza e senza paura di giudizio
- Lo strumento ed il metodo erano idonei ai ritmi giornalieri delle adolescenti e ad essere utilizzati in modo riservato
- Rispetto ad interventi "convenzionali", gli indicatori di esito selezionati (tra cui la riduzione dello stress, la vulnerabilità alla pressione del gruppo dei pari, le intenzioni circa l'uso di sostanze) indicavano cambiamenti significativi per le ragazze che avevano ricevuto l'intervento genere-specifico.

MAGGIORE ATTENZIONE

```
graph TD; A[MAGGIORE ATTENZIONE] --> B(DIFFERENZE di GENERE); A --> C(ADOLESCENTI)
```

DIFFERENZE di GENERE

ADOLESCENTI

Altri possibili fattori di rischio

Problemi sessuali

**Il ruolo dei disturbi sessuali
nell'indurre i giovani all'abuso di
sostanze psicotrope**

Prevalence of Sexual Disorders in Those Young Males Who Later Become Drug Abusers

G. La Pera, C.F. Giannotti, F. Taggi, T. Macchia

Journal of Sex & Marital Therapy, 29 (2):149-156, 2003

Caratteristiche dello studio

- **228 giovani maschi divenuti assuntori tra i 17 ed i 29 anni**
- **10 SerT**
- **4 Regioni (Liguria, Umbria, Basilicata, Calabria)**
- **DSM-IV**
- **IIEF**

RISULTATI

- **Sost. Primaria: eroina 79%, cocaina 12%**
- **Prevalenza ED: 20.3%** ←
- **Prevalenza ED nel gruppo di studio (20.3%) vs. prevalenza ED nella popolazione maschile italiana per età (2.1%,): $p < 0.000001$.**

Parazzini et al. 2001, NIH definition (used in the Massachusetts Male Aging Study). Direct correlation with the IIEF.

CONSIDERAZIONI

- **Punti di debolezza:**
 - studio preliminare
 - metodo retrospettivo
 - campione limitato
- **Punti di forza:**
 - differenza significativa di prevalenza tra i due gruppi (10:1)
- **Ipotesi:**
 - i disturbi sessuali, o la convinzione della loro presenza, rappresentano uno dei possibili fattori di rischio per l'uso di sostanze nei giovani di genere maschile.

QUINDI

?

**VERSO QUALE
PREVENZIONE**

?

**QUALI
INTERVENTI**

?

Diverse ricerche, più o meno complete, hanno rilevato una serie di fattori che **frammentano per caratteristiche** in modo particolare la popolazione giovanile

Ma le strategie e le politiche di prevenzione raramente ne tengono conto, **continuando ancora oggi a rivolgersi ad un target generico** e quindi in modo aspecifico e poco efficace.

A fronte di **variazioni terminologiche** anche nel campo delle sostanze d'abuso dove l'espressione più ampia e realistica "dipendenze" ha sostituito il termine "tossicodipendenza" e si parla più correttamente di "alcolismi" anziché di alcolismo,

si continua però a parlare (e ad operare) genericamente di prevenzione.

“PREVENZIONE ARTICOLATA” (OEDT)

PREVENZIONE UNIVERSALE. Riguarda “strategie che affrontano un’intera popolazione o comunità scolastica con l’intenzione di prevenire o ritardare l’uso delle droghe”.

(non esposti, esposti, vulnerabili)

PREVENZIONE SELETTIVA. Riguarda “strategie rivolte a specifici gruppi che più di altri rischiano di sviluppare problemi legati alla tossicodipendenza. Essa si rivolge all’intero gruppo indipendentemente dal grado di rischio di qualsiasi singolo individuo che appartiene ad esso. Il fine della prevenzione selettiva è prevenire l’abuso di sostanze stupefacenti rafforzando fattori di protezione quali la considerazione di sé stessi e la capacità di risolvere i problemi ed aiutando le persone ad affrontare in maniera efficace fattori di rischio quali vivere in un ambiente dove si fa uso di droghe

(maggior legame tra ricerca e intervento)

Ricerca e Intervento



Necessitano interventi più che mirati

con:

tempi, modi e linguaggi diversificati

- **figure credibili e riconosciute**
- **sinergie con gruppi dei pari, in contesti più informali (luoghi di ritrovo, di aggregazione e divertimento notturno)**
- **esempi calati nelle singole realtà, riferimenti strettamente connessi a esigenze e problemi dei singoli come ad esempio il lavoro, le relazioni con l'altro genere, le relazioni sociali, familiari, amicali**

cercare di responsabilizzare o **far cambiare un comportamento**, uno stile di vita che ha probabilità di sfociare nell'antisocialità e nella illegalità è un obiettivo primario.

Ma per fare ciò occorre fornire strumenti ed alternative. Ad esempio favorire l'integrazione nella "normalità"

I frequentatori di Club e Locali di divertimento rappresentano una popolazione sentinella dei consumatori di sostanze e di nuove abitudini (es. Viagra)

(McCambridge J. et al. Drug and Alcohol Review 2006)

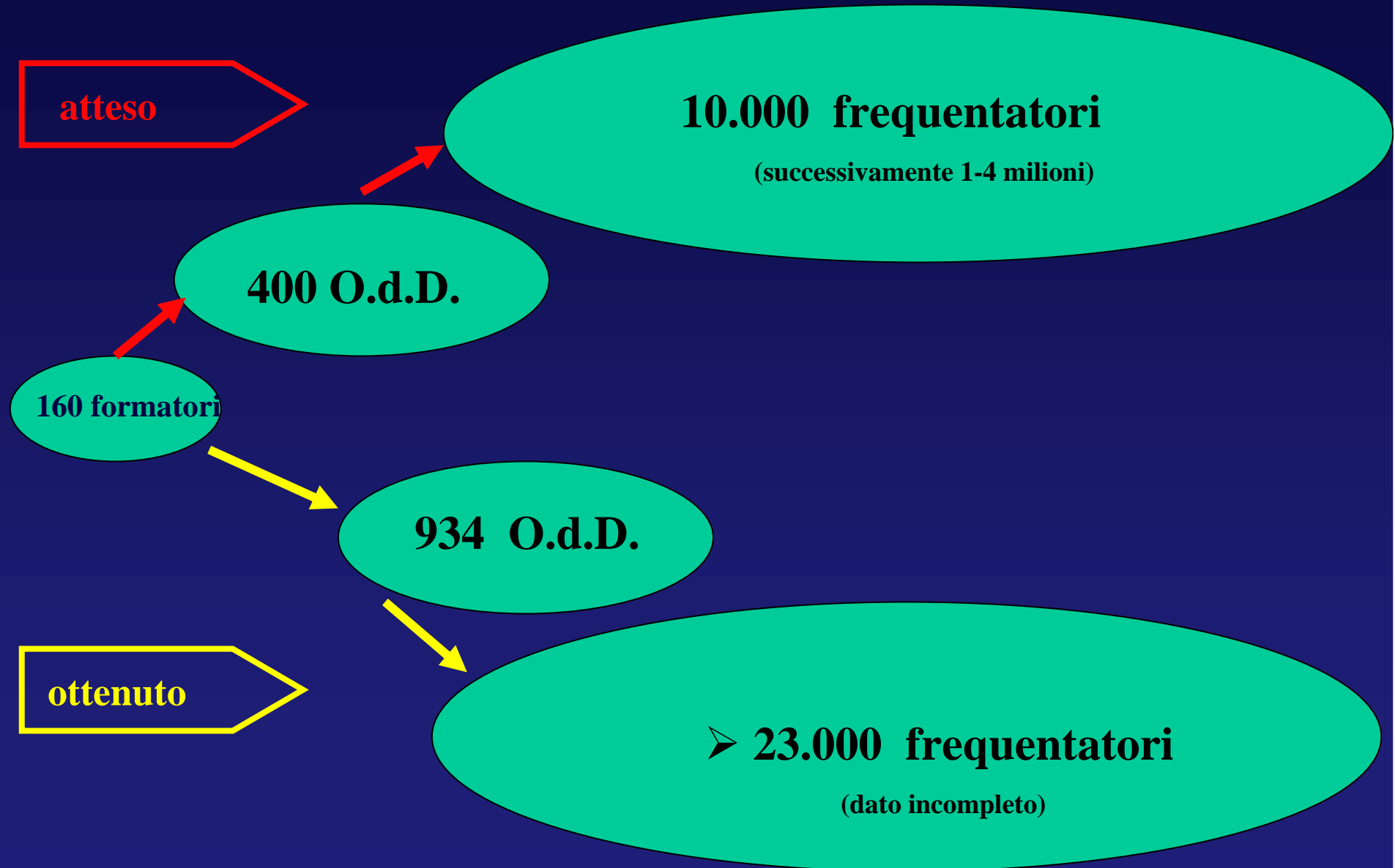
“Progetto Nazionale per la formazione del personale delle discoteche ai fini della prevenzione dell’uso di sostanze psicotrope tra i giovani”

(gestore del Progetto: Istituto Superiore di Sanità).

In collaborazione con:

- Ministero della Salute
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- SILB
- Coordinamento delle Regioni
- Gruppo Tecnico Interregionale Droghe Sintetiche

Risultati del Progetto




Studi collaborativi
Istituto Superiore di Sanità - Regioni

Studio **CARIDDI**

**Tutela della salute e promozione
di comportamenti consapevoli nei
luoghi di aggregazione giovanile:
strumenti ed azioni.**

Studio Cariddi

Intende attuare un piano ed una serie di azioni che al richiamo e alle lusinghe di SCILLA e CARIDDI verso le sostanze, contrappongano la ragionevolezza di stili di vita più consapevoli e protettivi

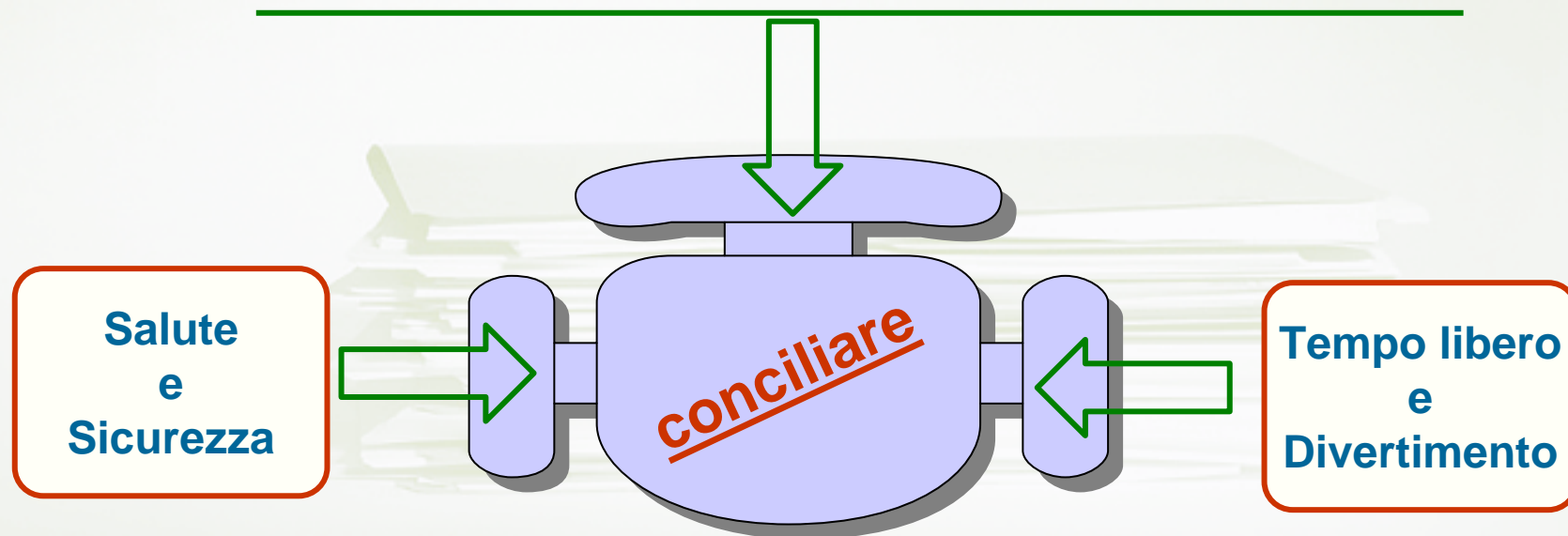


Impostazione dello Studio

approccio a tutto campo

piano di azioni armonizzate

copertura nazionale



Consumo di alcol e droghe tra i giovani

- Incremento del consumo di sostanze nei luoghi di aggregazione.
- Facilità, leggerezza nell'assunzione e scarsa consapevolezza delle conseguenze nonostante le numerose campagne informative.
- Progressivo abbassamento dell'età media del primo approccio alle droghe.
- Riduzione degli incidenti stradali realizzata nel nostro Paese non riguarda le fasce più giovani della popolazione.

Le collaborazioni

- Regioni e rispettive ASL
- Associazioni del Privato Sociale
- Forze dell'Ordine
- Associazioni professionali
- Associazioni degli imprenditori (SILB-FIPE)



Tematiche trattate

- La sicurezza stradale.
- I percorsi del consumo (in relazione al nomadismo del tempo libero e del divertimento notturno).
- Il lavoro con il gruppo dei pari.
- le caratteristiche degli ambiti del divertimento (con attenzione alle differenze di target, genere e setting).
- Consumo nel mondo del lavoro.
- Comunicazione efficace in campo sanitario.

Problemi emergenti



Nuove sost. psicoattive



Lifestyle drugs



KETAMINA

GHB

POPPERS

SILDENAFIL

(uso in ambito ricreazionale)

INALANTI

Diffusione nell'Uso (2005)

Negli ultimi tre anni si è ridotto (-600,000) il numero di giovani che usano droghe, eccezione per gli inalanti

(colle, benzine, smacchiatori, solventi, liquidi infiammabili, etc....)

Abuso aumentato: oggi ammonta al **17.3%**. Trend preoccupante

Effetti ricercati

Ricordano l'ebbrezza da alcool, un moderato effetto stimolante, perdita di freni inibitori, distorsione delle percezioni.

Chi abusa sperimenta intossicazioni oltre a nausea, vomito, problemi di eloquio, difficoltà e perdita di coordinamento.

Organi a rischio

polmoni, fegato, cuore e reni.

Intossicazione

Si presenta velocemente, di solito dura pochi minuti e questo rende l'abuso di inalanti più facile da nascondere rispetto a quello di alcool.

Gli inalanti rappresentano per i giovanissimi un sostituto dell'alcool anche perché sono più facilmente ottenibili.

Tra il 2001 ed il 2002, a livello nazionale, i **Dipartimenti di Emergenza** hanno visto triplicare il numero di persone richiedenti trattamento medico dopo abuso di inalanti (da 522 a 1496, **+ 35%**).

Fonte: NIDA-University of Michigan, Monitoring the Future (MTF)

LIFESTYLE DRUGS

Lifestyle drugs: pharmacology and the social agenda

Rod Flower

Department of Biochemical Pharmacology, The William Harvey Research Institute, Charterhouse Square, London EC1M 6BQ, UK

The precise definition of 'lifestyle' drugs is a subject of debate. However, they are generally defined as drugs taken to satisfy a non-medical or non-health-related goal. Although the term has been used only recently, the media debate that surrounds these agents, fuelled by the release of medicines such as Viagra® (sildenafil), is intense. The increasing availability of drugs that can be used to alter our appearance, our physical and mental capabilities or even our characters is changing the social fabric of our culture and poses a difficult challenge to our healthcare systems. It is also revolutionizing the traditional doctor-patient relationship and raises important issues about the rights to, and limits of, self-diagnosis and self-medication.

dysfunction (and, latterly, female sexual dysfunction) and minoxidil or finasteride for the treatment of baldness. By extension [4], this definition also includes medicines that treat conditions that might be better addressed by changes in lifestyle such as bupropion (to mitigate the nicotine withdrawal syndrome) or anti-obesity agents such as orlistat. According to a slightly different interpretation [5], lifestyle medicines are used to treat 'lifestyle illnesses', these being defined in turn as diseases arising through 'lifestyle choices'. Smoking is the example *par excellence* of a lifestyle choice leading to lifestyle illness but there are many others (e.g. alcoholism and obesity, among others).

Here, we must distinguish between the all-embracing term 'drug' and the rather constrained definition of a

Table 1. What are 'lifestyle' medicines and drugs?^a

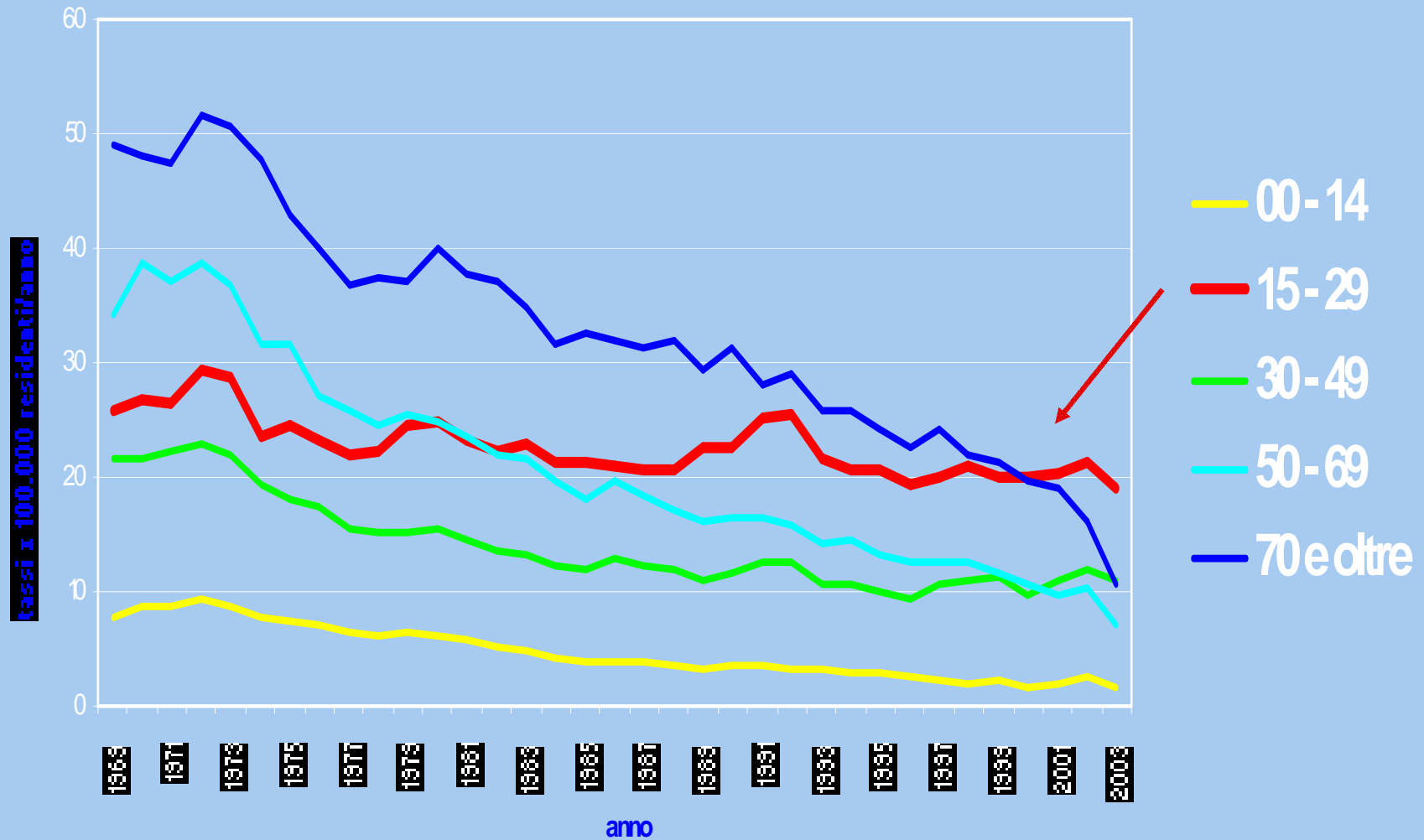
Category	Examples ^b	Primary clinical use	'Lifestyle' use
Medicines that have been approved for specific indications and can also be used to satisfy 'lifestyle choices' or to treat 'lifestyle diseases'	Sildenafil Oral contraceptives Orlistat Sibutramine Bupropion	Erectile dysfunction Preventing conception Obesity Anorectic agent Managing nicotine addiction	Erectile dysfunction Preventing conception Weight loss Weight loss Managing nicotine addiction Opiate substitute
Medicines that have been approved for specific indications but can also be used for other 'lifestyle' purposes	Methadone Minoxidil Finasteride Erythropoietin	Managing opiate addiction Hypertension Prostatic hypertrophy Chronic anaemia	Opiate substitute Regrowth of hair Regrowth of hair Enhancing athletic performance
Drugs that have a slight clinical utility but fall mainly into the 'lifestyle' category	Alcohol Caffeine Cannabis	None as such Migraine treatment Possibly managing chronic pain	Widespread as a component of drinks Widespread as a component of drinks 'Recreational' usage
Drugs (generally 'illegal') that have no clinical utility but are used to satisfy lifestyle requirements	MDMA ('ecstasy') 'Designer steroids' Cocaine (some formulations)	None as such None as such None as such	'Recreational' usage Enhancing athletic performance 'Recreational' usage
Natural products that are largely unregulated but are associated with many (often anecdotal and unsubstantiated) claims about their action or safety and often cater to lifestyle needs or desires	Fish oils Ascorbic acid Various herbal and other preparations	Slight – perhaps as nutritional supplements Slight – perhaps as nutritional supplements None	Widespread, for many conditions Widespread, for many conditions Widespread, for many conditions

^aAn attempt at classification based on the work of Gilbert *et al.* [4] and Young [6].^bAbbreviation: MDMA, 3,4-methylenedioxymethamphetamine.










Sicurezza stradale

Mortalità per incidenti stradali in Italia per diverse classi di età (1969-2003)



Sostanze e guida

SOGGETTI	ESAMI	N.	(% CASI)	% POSITIVI	DI CUI	FONTE																												
• Deceduti I.	Alcool	116	(39)	43	 29% > L.L. Cann.10%; BDZ 7.5%, Coca 5.0%	Macchia et al, 2000																												
	Droghe	54	(18)	26			• Conducenti non I.	Alcool	244	(100)	43	 20% > L.L. Cann.60%; AMF 47%, Coca 33%	Furnari et al, 2000	Droghe	35	(18)	• Conducenti non I. Disco	Alcool	445	(100)	12	 16.4% > L.L. Cannabis, Cocaina , Anfetamine	Pioda et al, 2000	Droghe	52	(12)	• Conducenti non I. Ve.	Alcool	1399	(18)	57	 30.4% > L.L. Cann 70%, AMF 8%, Coca 36% , Op 8%	Ferrara et al, 2000	Droghe
• Conducenti non I.	Alcool	244	(100)	43	 20% > L.L. Cann.60%; AMF 47%, Coca 33%	Furnari et al, 2000																												
	Droghe	35	(18)																															
• Conducenti non I. Disco	Alcool	445	(100)	12	 16.4% > L.L. Cannabis, Cocaina , Anfetamine	Pioda et al, 2000																												
	Droghe	52	(12)																															
• Conducenti non I. Ve.	Alcool	1399	(18)	57	 30.4% > L.L. Cann 70%, AMF 8%, Coca 36% , Op 8%	Ferrara et al, 2000																												
	Droghe	52	(12)	16																														

UBRIACHEZZA (AMR, ISS)

	Totale (N=1989)	Maschi (N=1129)	Femmine (N=842)
ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA	46.2	47.2	44.9
ALMENO UNA VOLTA NELL'ULTIMO MESE	17.9	19.5	<u>15.8</u>

TRA COLORO CHE HANNO USATO SOSTANZE

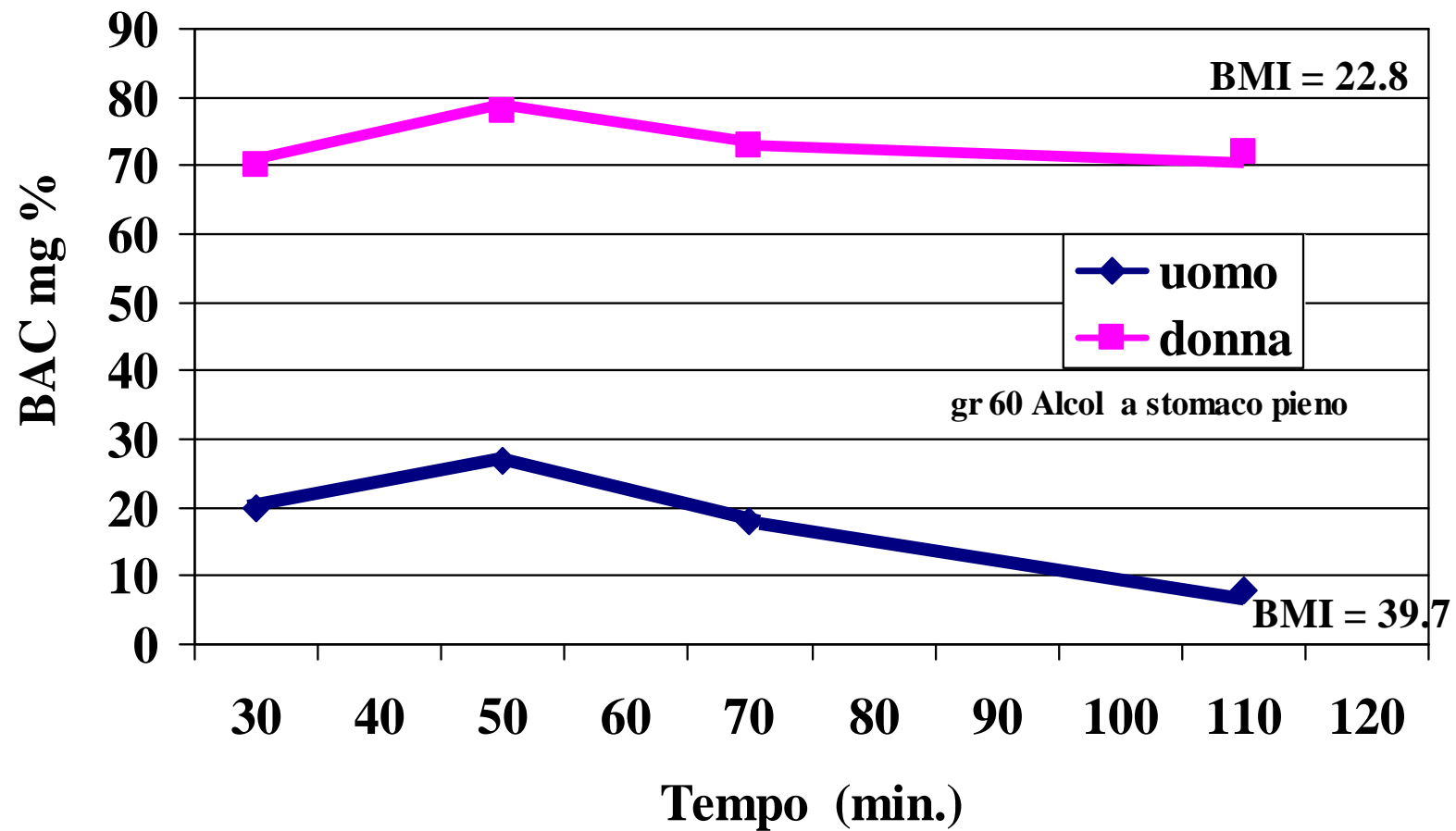
	Totale (N=634)	Maschi (N=368)	Femmine (N=261)
ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA	76.8	79.1	73.6
ALMENO UNA VOLTA NELL'ULTIMO MESE	34.2	36.7	<u>30.7</u>

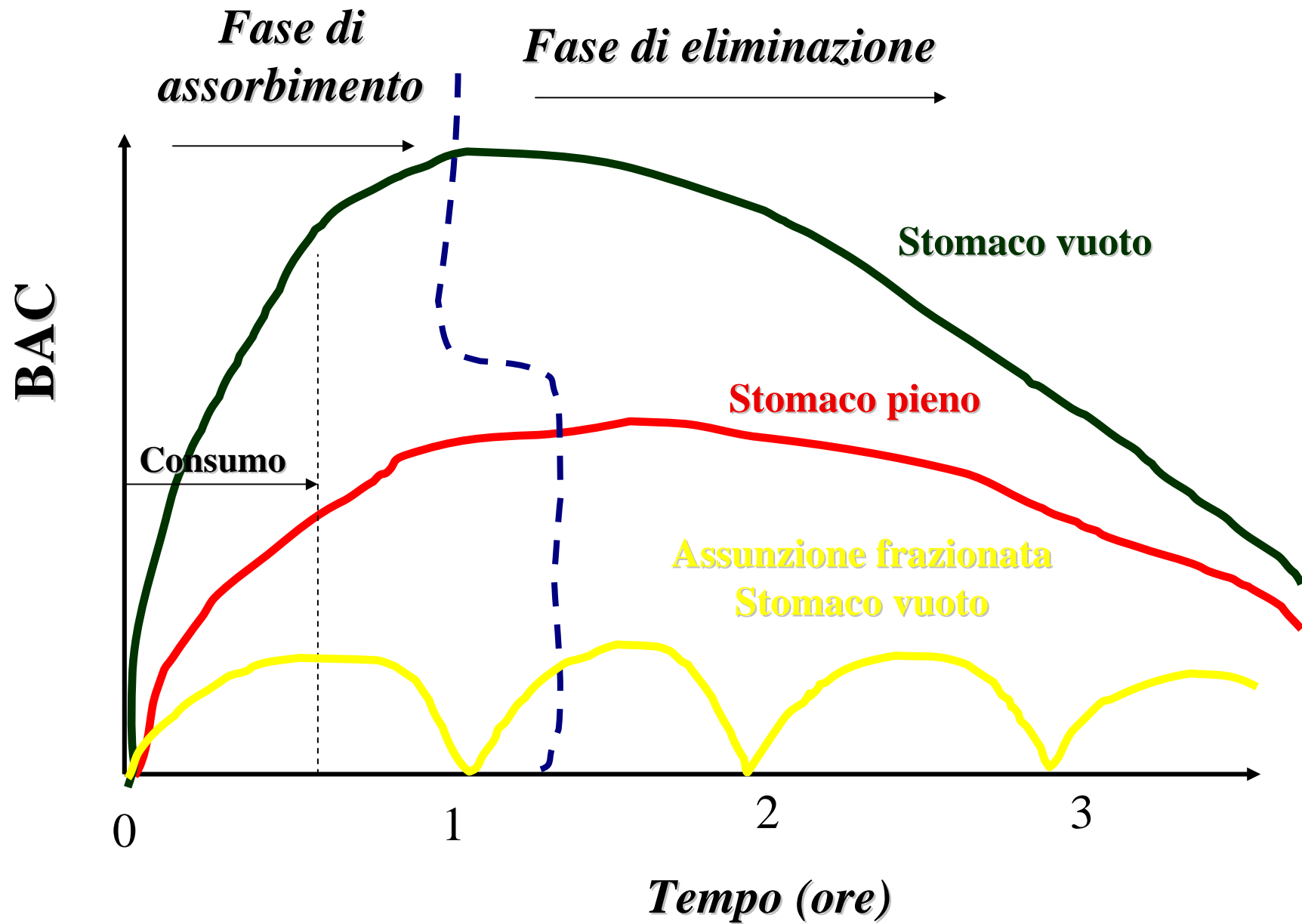
GUIDA IN STATO DI EBBREZZA

(AMR, ISS 2004)

	Maschi		Femmine	
	18 anni	19 anni	18 anni	19 anni
ALMENO UNA VOLTA NELL'ULTIMO MESE	16.9	19.5	2.4	5.2
	1/5		1/30	

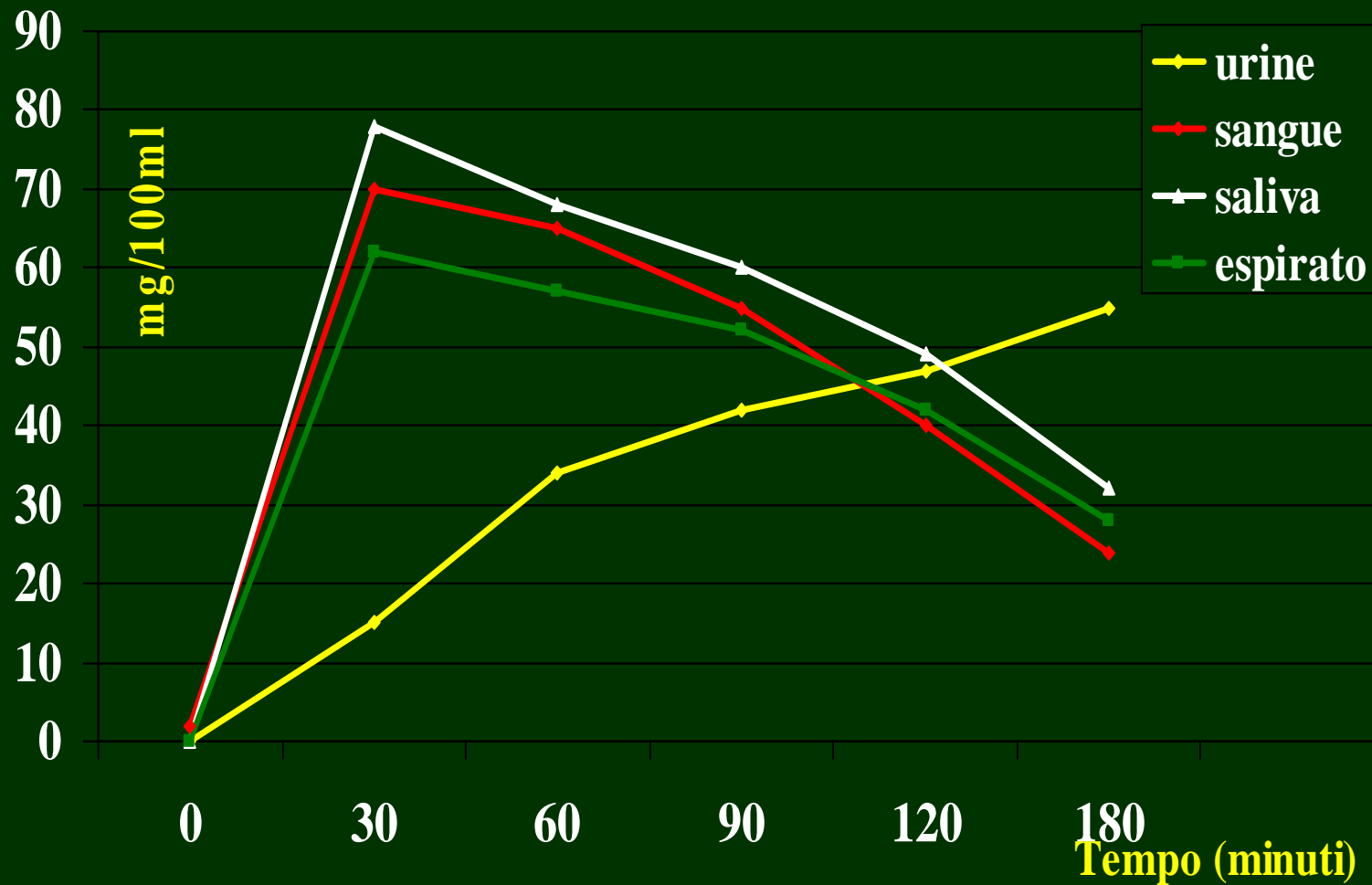
BAC, genere e BMI





Andamento della concentrazione di etanolo in relazione alle modalità di assunzione

Concentrazione alcolica in diversi fluidi biologici in un soggetto sottoposto a somministrazione standardizzata di etanolo



BEVANDE ALCOLICHE

```
graph TD; A[BEVANDE ALCOLICHE] --> B[DI FERMENTAZIONE]; A --> C[DI DISTILLAZIONE];
```

DI FERMENTAZIONE

DI DISTILLAZIONE

POLIASSUNZIONE

**Alcune considerazioni su
sostanze psicotrope e
insicurezza stradale**

CANNABIS ed insicurezza stradale

- **Variabilità degli effetti**
 - » Dose
 - » Condizioni psichiche del soggetto
 - » Abitudine assuntiva
 - » Associazione con alcool
 - » Associazione con cocaina
 - » Età
 - » Condizioni fisiche
 -

CANNABIS

e insicurezza stradale

Poiché molto diffusa si tende a considerarla una “non droga”

MA:

- è una sostanza attualmente illecita
- ha una lunga finestra di permanenza nelle urine
- è la sostanza più frequentemente rilevata a seguito di incidenti gravi

CANNABIS

ed
insicurezza stradale

- **Effetti blandamente psichedelici**
 - **Colori e suoni troppo intensi**
 - **Possibili flashback**
 - **Deficit attenzione e concentrazione**
 - **Difficoltà fuoco visivo**
 - **Distorsioni percettive**
 - **Difficoltà coordinare movimenti, riflessi rallentati**
 - **Perdita di vigilanza**
(> se associata ad alcol)
 - **Incremento rate**
(> se associata a birra)
-

COCAINA

ed insicurezza stradale

- **Ipersensibilità visiva**
- **Ridotta percezione di ostacoli**
- **Mancata percezione del rischio**
- **Comportamenti di guida aggressivi**
- **Effetti up-down**
(colpi di sonno)
- **Incremento di rischio con alcol e cannabis**
(effetti incontrollabili)
- **Comportamenti violenti**
(con anabolizzanti o come crack)
(perdita di controllo di sé e del mezzo)

COCAINA

ed insicurezza stradale

- COCAINA ed **alcool**
- COCAINA e **cannabis**
- COCAINA ed **anabolizzanti**

ECSTASY

ed insicurezza stradale

- **Effetti psichedelici**
- **Possibili flashback anche dopo settimane dall'assunzione**
- **Effetti down**
- **Mancata percezione del rischio**
- **Reazioni non commensurate agli stimoli**
- **Irritabilità eccessiva, aggressività**
- **Effetti imprevedibili nelle associazioni con altre sostanze**
- -----

ECSTASY

ed insicurezza stradale

Ecstasy ed incidenti

contributo difficilmente valutabile per:

- Breve emivita della molecola nel sangue
- Carenza di metodologie di screening
- Composizione delle compresse assunte praticamente sconosciuta
- -----

Alcool

- **E' in assoluto la sostanza più frequentemente associata ad incidenti stradali ed a comportamenti a rischio.**

Alcool

1

Alcuni effetti

- **Alterati processi di attenzione ed acquisizione di segnali esterni**
- **Ridotta capacità di impatto con nuovi problemi ed emergenze**
- **Difficoltà di coordinare i movimenti**
- **Causa di errori procedurali indipendentemente dall'esperienza già acquisita (es. sorpassi)**
- **Disturbi visivi**

Alcool

Alcuni effetti

2

- **Inadeguata visione di oggetti in avvicinamento laterale**
- **Stato compromesso di vigilanza**
(sostenuto dalla caffeina, ma ancor più compromesso dalla cannabis)
- **Potenziamento degli effetti di altre sostanze**
(nelle associazioni, piccole dosi di alcol inducono notevoli effetti)
- **Elevata frequenza di colpi di sonno**

ABUSO DI ALCOL IN ITALIA (1)

- 7 milioni di persone di cui 800.000 adolescenti < 16 anni
- 1° uso: 11-12 anni (14 anni media europea)
- si stimano 30.000-40.000 morti/anno (MAA regione europea WHO: 6.3% di tutti i decessi 2002 vs 3.1% media mondiale)

- **53.914** alcoldipendenti (41.829 U e 12.085 D)
nel 2004 nei servizi del SSN
- **108.294** diagnosi ospedaliere per patologie
totalmente attribuibili ad alcol (2004)
(78.5%% U e 21.5% D) 12.2% 15-35 anni
- **96.262** dimissioni ospedaliere per diagnosi
totalmente attribuibili ad alcol nel 2003

IN CONCLUSIONE:

- **Varietà di “droghe” nel mercato illecito in aumento**
- **Rivoluzione delle “ricreazionali” e delle “nuove droghe”**
- **Tra Percezione ed informazione**
- **abitudini e tendenze**
- **conoscenze carenti su diffusione e caratteristiche di consumo**
- **Necessità di informazioni per:**
 - **programmi mirati di prevenzione**
 - **mappatura locale, regionale, nazionale del problema**
 - **allestimento sistema di monitoraggio sollecitato dall’U.E.**

...

OBBIETTIVI:

- Favorire il recupero di comportamenti più conservativi e rafforzare le naturali propensioni positive.
- Mirare diversamente gli interventi su soggetti che hanno da poco iniziato a far uso di sostanze e su altri che invece ne fanno un uso più consolidato.
- Considerare che un modello “propositivo-alternativo” risulta più efficace di un modello “stigmatizzante” e “giudicante”.

QUINDI:

- Puntare ad una prevenzione universale nella scuola, ma integrata nei programmi di educazione alla salute, coordinata e sostenuta da iniziative parallele.
- Promuovere linee di orientamento comuni, e a più ampio respiro, nell'ambito almeno della programmazione regionale.
- Fissare indicatori di monitoraggio sistematico.
- Puntare maggiormente sugli interventi selettivi
- Pensare ad una qualificazione-formazione degli operatori della prevenzione universale e della prevenzione selettiva.
- Sviluppare linguaggi e contenuti di un'altrettanto specifica comunicazione.
- Sviluppare raccordi tra scuola, famiglia, territorio, associazioni del volontariato, dello sport, dello spettacolo, del lavoro,.....

GRAZIE

PER L'ATTENZIONE