

## USO DI SOSTANZE E PROBLEMI CONNESSI Uno studio sullo Street rave parade (Bologna 2003)

*"E quella lì era la  
felicità. Lo scopri  
dopo, quando è  
troppo tardi"  
(A. Baricco)*

**I dati confermano  
la "normalità"  
del profilo dei  
consumatori di  
sostanze, non più  
una minoranza  
"deviante", ma  
giovani "come gli  
altri"**

*Uno studio descrittivo condotto dall'Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche dell'Ausl Bologna, che ha come scopo principale la stima della prevalenza di problemi di vario tipo che incontrano i consumatori di sostanze stupefacenti. La ricerca è stata condotta durante lo Street rave parade (Bologna 2003).*

*A descriptive paper, by the Metropolitan Pathological Epidemiological Addiction Observatory of the Local Health Unit of Bologna, has, as its principle objective, the estimation of the prevalence of various problems encountered by drug users. The research has been carried out during the street rave parade in Bologna 2003 using interviews with questionnaires.*

**Raimondo  
Maria Pavarin**  
Sociologo sanitario  
Epidemiologo  
- Responsabile  
Osservatorio  
Epidemiologico  
Metropolitano  
Dipendenze  
Patologiche - Ausl  
Bologna

**Fabiana Forni**  
Psicologa  
- Osservatorio  
Epidemiologico  
Metropolitano  
Dipendenze  
Patologiche - Ausl  
Bologna

**Michelina Ruo**  
Sociologa  
- Osservatorio  
Epidemiologico  
Metropolitano  
Dipendenze  
Patologiche - Ausl  
Bologna

L'uso di sostanze psicoattive e alcol è largamente diffuso tra i giovani e viene associato al divertimento, vari sono i fattori che spingono all'uso, come la curiosità, comportamenti e stili di tipo imitativo all'interno del gruppo, la reperibilità sul mercato, occasioni favorevoli: questo tipo di comportamento non può più essere definito come deviante, o appartenere a una sottocultura, ma fa parte dello scenario della socialità giovanile (Riley et al 2001). I consumatori usano o abusano sostanze in modo occasionale o in circostanze particolari e non si rivolgono ai servizi pubblici o privati sulle dipendenze o perché non li conoscono, o perché non si considerano dipendenti, o perché non li considerano in grado di rispondere ai propri bisogni (Riley et al 2001; Ruo e Pavarin 2001, Pavarin, Ruo e Forni 2003).

Mentre per quanto riguarda i soggetti con problemi di dipendenza il quadro epidemiologico viene costantemente monitorato e si conoscono i principali rischi in relazione alle sostanze utilizzate (Bargagli et al 2001; Davoli et al 1993; Ciccolallo et al 2000; Pavarin e Prata 2001), rispetto ai "consumatori" le problematiche emergono in relazione ad accadimenti traumatici (incidenti stradali, overdose), a circostanze particolari (controlli delle forze dell'ordine) (Pavarin et al 2003), in coincidenza di eventi particolari (eventi musicali, raves), o in seguito all'uso prolungato (problemi psichiatrici, psicologici, fisici, economici) (Toppe et al 1999; Degenhardt et al, 2003; Gross et al. 2002; Adlaf et al. 1997; Erickson et al 1996). Inoltre manca una stima attendibile della prevalenza di uso dei vari tipi di sostanze e i risultati degli studi pubblicati sull'argomento non offrono una panoramica esaustiva in quanto riflettono i differenti metodi utilizzati, i diversi target di riferimento, le differenze geografiche e le diverse epoche storiche (Kraus et al 2003; Gfroer et al. 1997).

Scopo principale della nostra ricerca è la stima della prevalenza di problemi di vario tipo che incontrano i consumatori di sostanze stupefacenti. I problemi sono divisi in due categorie a seconda se per gli intervistati sono o non sono collegati al-

l'uso di tali sostanze, e riguardano problemi di tipo sanitario (ospedalizzazioni, problemi psichiatrici, trattamenti con psicofarmaci, incidenti stradali), rapporti con la giustizia, problemi legati all'uso di sostanze pesanti (dipendenza, disintossicazioni, overdose), altri problemi (di tipo psicologico, di tipo economico, fisico, ecc).

Tali problemi riguardano gli ultimi tre anni e si rapportano alle sostanze utilizzate almeno una volta, a quelle consumate nel corso dell'ultimo anno, all'età di primo uso, alla durata ed alle modalità dell'uso, ai luoghi preferiti di consumo, all'età anagrafica, all'abuso concomitante di alcol, e ad alcune variabili socio economiche (sesso, nazionalità, domicilio, situazione abitativa, professione e titolo di studio).

Il contesto "rave" è stato scelto per questo studio in quanto la maggioranza dei frequentatori di questi eventi utilizza o ha utilizzato sostanze stupefacenti ed anticipa tendenze e modelli di consumo di tipo innovativo (Riley et al 2001; Degenhardt et al. 2003; Gross et al. 2002; Adlaf et al.1997; Lenton et al 1997, Gaulier et al 2002).

**Materiali e metodi** – Studio descrittivo. Luogo di svolgimento: Street rave parade Bologna 2003. Metodi – Intervista con questionario a risposte chiuse relativamente ai problemi incontrati negli ultimi tre anni, alle sostanze provate, a quelle utilizzate nel corso dell'ultimo anno, all'età di primo uso, alla durata ed alle modalità dell'uso, ai luoghi preferiti di consumo, all'età anagrafica, all'abuso concomitante di alcol, e ad una serie di variabili socio economiche (sesso, nazionalità, domicilio, situazione abitativa, professione e titolo di studio).

Il questionario utilizzato per le interviste è stato costruito tenendo conto di quanto riportato dagli studi pubblicati nella letteratura internazionale sull'uso di sostanze stupefacenti tra i giovani, in particolare ai concerti ed ai rave (Riley et al 2001, Degenhardt et al 2003; Gross et al. 2002; Adlaf et al 1997; Erickson et al 1996; Lenton et al 1997; Osservatorio Europeo Droghe Tossicodipendenze) ed adeguando gli items agli scopi specifici dell'indagine ed al contesto italiano.

Per valutare la fattibilità è stato disegnato un studio pilota per valutare l'importanza degli items scelti e la facilità nell'ottenere le risposte dagli intervistati.

Sono stati inoltre intervistati 23 soggetti in una discoteca e gli intervistatori dovevano esprimere un punteggio (1=difficile 5=facile) relativamente alla facilità di porre la domanda e ottenere la risposta a ogni singolo item. Il punteggio medio è stato di 4.77 e tutti gli items hanno ottenuto risposta e sono risultati di facile interpretazione per gli intervistati.

Per valutare la riproducibilità, in particolare per stimare l'"effetto intervistatore", è stata valutata la concordanza delle risposte dello stesso soggetto a diversi intervistatori utilizzato il test K. Il test è stato effettuato sulle variabili "episodi di alterazione alcolica", "uso di sostanze stupefacenti", "esistenza di problemi in generale", "lista dei problemi nel dettaglio". Il test è risultato positivo rispetto agli episodi di alterazione dovuti all'alcol (K=0.61 P=0.02), all'uso di sostanze (K=0.62 P=0.02), all'esistenza di problemi in generale (K=0.80 P=0.02); rispetto ai problemi nel dettaglio il test è risultato negativo (K=0.40 P=0.01).

Per le interviste sono stati utilizzati 20 ricercatori, di cui 6 volontari, previo training specifico. Le interviste sono durate mediamente da 10 a 15 minuti.

Per l'analisi descrittiva dei dati e per il test T sulla differenza tra le medie è stato utilizzato Spss 10.0, per l'analisi multivariata, il calcolo degli Odds Ratio e gli intervalli di confidenza il software per l'analisi epidemiologica Stata 7.0.

*Sono stati intervistati 375  
soggetti (34% femmine),  
età media 24.2 anni, il 49%  
non abita nella provincia di  
Bologna, stranieri 7.5%,  
61% lavora, 50% studenti*

**Risultati** - La metà dei partecipanti allo street rave parade proviene da fuori provincia, metà abita con la famiglia, metà studia ed il 60% lavora. Il consumo di sostanze avviene prevalentemente a casa, nei parchi, per strada, nei centri sociali, ai raves ed ai concerti.

La maggior parte dei soggetti che vivono a Bologna non abita con la famiglia di origine, studia, ha una scolarità medio alta, ha la quota più rilevante di consumatori di oppio e cocaina; quelli provenienti da fuori provincia abitano con la famiglia, lavorano, hanno una scolarità medio bassa, usano più di frequente sostanze ai raves ed ai concerti, hanno la più alta percentuale di incidenti stradali e di overdose.

Tali dati confermano la "normalità" del profilo dei consumatori di sostanze, i quali non si possono più considerare come una minoranza "deviante", ma giovani "come gli altri" (Riley et al 2001)

**Episodi di alterazione alcolica** - Otto soggetti su 10 hanno avuto episodi di alterazione alcolica nel corso dell'ultimo anno. Ciò accade mediamente ogni settimana. I risultati di questo lavoro confermano la tendenza nella trasformazione degli stili giovanili del bere e l'affermazione di una "cultura anglosassone" in cui il primato è dato all'uso inebriante dell'alcol (Pavarin, Ruo e Forni 2003).

Tabella 1

**Sostanze utilizzate nella vita e nel corso dell'ultimo anno, durata media dell'uso, età media 1° uso**

|              | sostanze<br>nell'ultimo<br>anno | %     | tempo<br>medio<br>trascorso<br>da 1° uso | sostanze<br>nella vita | %     | età media<br>di 1° uso |
|--------------|---------------------------------|-------|--|------------------------|-------|------------------------|
| Totale       | 324                             | 100.0 | 8.4                                      | 340                    | 100.0 | 15.5                   |
| haschish     | 299                             | 92.6  | 8.4                                      | 324                    | 95.3  | 15.5                   |
| marijuana    | 305                             | 94.4  | 8.2                                      | 332                    | 97.6  | 15.7                   |
| Lsd          | 89                              | 27.6  | 6.0                                      | 167                    | 49.1  | 17.6                   |
| ketamina     | 54                              | 16.7  | 3.3                                      | 99                     | 29.1  | 19.9                   |
| funghi       | 109                             | 33.7  | 4.3                                      | 185                    | 54.4  | 19.4                   |
| salvia       | 34                              | 10.5  | 2.4                                      | 56                     | 16.5  | 20.6                   |
| amfetamine   | 97                              | 30.0  | 4.9                                      | 162                    | 47.6  | 18.9                   |
| speed        | 120                             | 37.2  | 3.9                                      | 181                    | 53.2  | 19.4                   |
| cristal meth | 7                               | 2.2   | 3.6                                      | 16                     | 4.7   | 19.5                   |
| plegine      | 9                               | 2.8   | 10.3                                     | 50                     | 14.7  | 17.3                   |
| oppio        | 65                              | 20.1  | 4.0                                      | 124                    | 36.5  | 20.1                   |
| morfina      | 10                              | 3.1   | 7.1                                      | 24                     | 7.1   | 19.3                   |
| eroina       | 29                              | 9.0   | 5.7                                      | 55                     | 16.2  | 19.8                   |
| metadone     | 7                               | 2.2   | 8.6                                      | 16                     | 4.7   | 20                     |
| cocaina      | 150                             | 46.4  | 5.1                                      | 223                    | 65.6  | 18.9                   |
| crack        | 16                              | 5.0   | 4.4                                      | 38                     | 11.2  | 20                     |
| ecstasy      | 108                             | 33.4  | 5.1                                      | 184                    | 54.1  | 18.9                   |
| popper       | 82                              | 25.4  | 6.2                                      | 174                    | 51.2  | 17.4                   |
| psicofarmaci | 25                              | 7.7   | 6.4                                      | 51                     | 15.0  | 19.5                   |

**Uso di sostanze** - Tutti gli intervistati hanno utilizzato ed utilizzano cannabinoidi. Tra le sostanze provate emerge la cocaina (7 soggetti su 10), la metà ha provato ecstasy, funghi allucinogeni, speed, popper e anfetamine. Un soggetto su tre ha provato l'oppio (fumato), il 16% ha provato l'eroina (in vena, sniffata o fumata), l'11% il crack.

La **cocaina** è la sostanza che hanno utilizzato più soggetti nel corso dell'ultimo anno: la consuma la metà degli intervistati (fumata o sniffata); un soggetto su tre usa speed, funghi allucinogeni, ecstasy, amfetamine e Lsd; uno su quattro popper. Un soggetto su cinque fuma oppio, il 9% eroina, il 5% crack, il 2% crystal meth. Gli stupefacenti vengono consumati prevalentemente nei **fine settimana**, i cannabinoidi mediamente tre volte la settimana, le altre sostanze con frequenza settimanale (Lsd, amfetamine, speed, oppio, eroina, cocaina) o bisettimanale.

Il 6% usa la via **iniettiva** (eroina, morfina, cocaina e psicofarmaci), dato in aumento rispetto a quanto riportato da altri studi sui partecipanti ai raves (Riley et al 2001): si tratta di soggetti mediamente più anziani degli altri, domiciliati fuori provincia, più della metà lavora, l'uso di sostanze avviene più di frequente ai concerti ed ai raves.

Contrariamente a quanto riportato in letteratura (Osservatorio Europeo Droghe Tossicodipendenze), dove si indica che solo una parte dei soggetti che hanno provato sostanze psicoattive continuerà ad utilizzarle in seguito (soprattutto alcol e tabacco), tra i partecipanti ai rave chi ha provato ad utilizzare stupefacenti in passato continua ad usarli ancora per il 95% dei casi. L'età media di **primo uso** è attorno ai 15 anni (cannabinoidi), verso i 17 inizia l'uso di sostanze più pesanti, a 18 cocaina ed ecstasy, a 20 l'eroina. La diminuzione dell'età media dei consumatori di sostanze è un fenomeno a livello europeo ed è stata riportata dagli studi più recenti [Riley et al 2001; Sutherland et al 2001; Strote et al.2002].

La metà dei soggetti usa più di un'altra sostanza oltre ai cannabinoidi (**poliassuntori**). I soggetti che nel corso dell'ultimo anno hanno utilizzato solo cannabinoidi sono mediamente più anziani ed hanno la percentuale meno elevata di problemi connessi l'uso di sostanze.

**Problemi connessi con l'uso di sostanze** - Un soggetto su due ha avuto problemi in generale connessi l'uso di sostanze stupefacenti, uno su cinque ha avuto problemi di tipo psicologico, il 14% problemi specifici dovuti all'uso di sostanze pesanti, il 12% problemi con la giustizia, il 6% problemi di tipo sanitario, il 6% incidenti stradali. Questo dato conferma quanto riportato dagli studi più recenti: in Scozia il 36% dei partecipanti a raves ha avuto una "cattiva esperienza con le droghe" (Riley et al 2001), in Australia uno studio su consumatori di ecstasy riporta che almeno il 40% del campione ha avuto problemi finanziari, occupazionali e di tipo psicologico (Toppe et al 1999).

La presenza di soggetti con problemi con la giustizia è rilevante, ma mancano in Italia studi sull'efficacia delle politiche che reprimono il consumo. I problemi di tipo sanitario (ospedalizzazioni, problemi psichiatrici e trattamenti con psicofarmaci) evidenziano l'esistenza di danni rilevanti, gli incidenti stradali per gli intervistati sono dovuti principalmente all'abuso concomitante di alcol.

Rispetto ai soggetti che hanno avuto problemi specifici per l'uso di sostanze pesanti sembra più corretto parlare di dipendenti che non di consumatori, ed emerge che solo un soggetto su 5 tra chi ha avuto problemi di dipendenza si è rivolto a servizi pubblici per disintossicazioni.

*Il 79% ha dichiarato di avere avuto più episodi di alterazione alcolica nel corso dell'ultimo anno (almeno una volta alla settimana)*

La prevalenza di overdose riguarda i soli poliassuntori ed è elevata (1.5%), soprattutto se paragonata alla prevalenza di overdose non letali (12%) tra i consumatori di sostanze pesanti dell'area metropolitana della provincia di Bologna nel corso del 2002 (Pavarin 2003).

Tabella 2

**Problemi connessi con l'uso di sostanze stupefacenti – raffronti percentuali**

|  | %      |      | %                          |         |
|--|--------|------|----------------------------|---------|
|  | su uso |      | su uso                     |         |
|  | ultimo |      | ultimo                     |         |
|  | Totale | anno | Totale                     | anno    |
| <b>Problemi connessi con le sostanze</b>   | 166    | 51.4 | Tipo psicologico           | 63 19.5 |
| Problemi di tipo sanitario                 | 20     | 6.2  | vuoti di memoria           | 21 6.5  |
| ricoveri ospedalieri                       | 13     | 4.0  | nausea                     | 17 5.3  |
| Trattamenti con psicofarmaci               | 5      | 1.5  | depressione                | 9 2.8   |
| problemi psichiatrici                      | 4      | 1.2  | ansia                      | 13 4.0  |
| <b>incidenti stradali</b>                  | 18     | 5.6  | angoscia                   | 2 0.6   |
| <b>problemi giustizia</b>                  | 40     | 12.4 | paranoia                   | 9 2.8   |
|  |        |      | insonnia                   | 6 1.9   |
|  |        |      | altri problemi psicologici | 9 2.8   |
| <b>Problemi specifici sostanze pesanti</b> | 46     | 14.2 | <b>Altro</b>               |         |
| dipendenza                                 | 43     | 13.3 | fisici                     | 22 6.8  |
| overdose                                   | 5      | 1.5  | socio-economici            | 6 1.9   |
| disintossicazioni                          | 12     | 3.7  | cardiaci                   | 5 1.5   |
|  |        |      | svenimenti                 | 29 9.0  |
|  |        |      | mal di testa               | 18 5.6  |

**Profilo a rischio per problemi collegati all'uso di sostanze** - Il profilo a rischio per problemi collegati all'uso di sostanze vede una probabilità che aumenta con la durata dell'abuso, è più elevata per chi inizia prima e diminuisce con l'età anagrafica. Ciò significa che sono maggiormente a rischio i soggetti giovani che hanno iniziato presto e che usano le sostanze da più tempo.

Inoltre il rischio è raddoppiato per i soggetti con precedenti episodi di alterazione alcolica, triplicato per i poliassuntori e per chi ha consumato oppio nel corso dell'ultimo anno.

I consumatori meno esperti non conoscono bene i rischi connessi all'uso, conoscono in parte gli effetti delle sostanze, non conoscono i danni correlati, hanno spesso un abuso concomitante di altre sostanze (principalmente alcol) che alterano gli effetti. Inoltre hanno un alto rischio di acquistare un prodotto di cui non si conosce la composizione.

*Il 95% dei soggetti intervistati che ha provato stupefacenti, li ha utilizzati anche nel corso dell'ultimo anno (86% sul totale)*

Mentre il maggior rischio collegato alla minore età anagrafica e di primo abuso è di facile intuizione, l'effetto durata contrasta in parte con quanto riportato dalla letteratura internazionale che indica come più problematici i soggetti con meno esperienza (Lenton et al 1997). È comunque da tenere presente che nel profilo a rischio generale da noi costruito concorrono tipi di rischi tra loro diversi, sia di tipo cronico

degenerativo (dipendenza, ospedalizzazioni, problemi psichiatrici, trattamenti con psicofarmaci), sia di tipo traumatico (incidenti stradali, overdose), sia di tipo giudiziario (problemi con la giustizia), sia rispetto a problemi vari (economici, psicologici, fisici). Rimane comunque il fatto che la durata del consumo, unitamente all'uso di più sostanze, nel medio periodo genera problematiche non indifferenti.

Tabella 3

**Probabilità di riscontrare problemi connessi uso sostanze in relazione alla sostanza utilizzata nell'ultimo anno: regressione logistica multivariata - O.R. (\*)**

|                  | probl<br>specif. | sanitari | ricoveri psichiat. | incid. giustizia | rischi<br>connes | altri<br>psicol |     |     |
|------------------|------------------|----------|--------------------|------------------|------------------|-----------------|-----|-----|
| sesto            | 0.8              | 0.5      | 0.9                | 0.1              | 0.8              | 0.4             | 1.1 | 1.3 |
| alcol            | 1.8              | 13.0     | 1.6                |                  |                  | 1.0             | 2.1 | 3.5 |
| età              | 1.0              | 1.0      | 0.9                | 0.9              | 1.0              | 0.9             | 1.0 | 1.0 |
| età 1° abuso     | 0.9              | 1.1      | 1.3                | 0.9              | 1.2              | 0.9             | 0.9 | 0.9 |
| haschisch        | 1.6              | 2.0      |                    |                  |                  | 2.0             | 1.7 | 0.9 |
| marijuana        | 1.6              | 1.0      |                    |                  |                  | 2.0             | 1.7 | 3.6 |
| Lsd              | 0.7              | 1.1      | 1.4                | 0.0              | 1.5              | 0.8             | 0.7 | 0.6 |
| ketamina         | 0.5              | 0.4      | 0.8                |                  | 0.5              | 0.8             | 0.6 | 0.4 |
| funghi           | 1.2              | 0.9      | 1.4                | 0.1              | 0.8              | 1.8             | 1.1 | 0.8 |
| salvia divinorum | 1.7              | 0.3      |                    |                  | 0.8              | 1.0             | 2.4 | 3.5 |
| anfetamine       | 1.6              | 1.6      | 1.8                | 9.0              | 1.3              | 0.8             | 1.4 | 1.0 |
| speed            | 0.7              | 1.2      | 0.4                | 3.0              | 1.3              | 0.3             | 0.8 | 0.7 |
| crystal          | 1.2              | 0.5      | 4.1                |                  |                  | 0.6             | 0.3 | 0.8 |
| plegine          | 4.0              | 1.9      | 2.2                |                  | 4.4              | 6.0             | 0.4 |     |
| oppio            | 3.2              | 1.3      | 0.6                | 23.0             | 1.7              | 1.8             | 2.0 | 3.0 |
| morfina          |                  | 0.9      |                    |                  | 7.1              | 5.3             | 2.6 | 8.9 |
| eroina           | 2.7              | 3.5      | 6.0                | 3.9              | 1.3              | 0.9             | 0.8 | 2.2 |
| metadone         | 0.9              | 3.6      | 3.1                |                  |                  | 0.1             |     |     |
| cocaina          | 1.2              | 0.8      | 0.2                | 0.0              | 1.9              | 2.2             | 0.9 | 1.1 |
| crack            | 1.0              |          | 1.1                | 0.2              | 0.8              | 2.4             | 1.8 | 1.2 |
| ecstasy          | 1.1              | 2.1      | 14.6               | 1.4              | 1.0              | 1.5             | 1.1 | 1.2 |
| popper           | 1.1              | 1.3      | 0.7                | 27.4             | 1.5              | 0.4             | 1.6 | 1.0 |
| psicofarmaci     | 2.0              | 3.7      | 3.2                | 105.8            | 0.7              | 1.0             | 1.3 | 0.4 |

(\*) I dati evidenziati sono statisticamente significativi al 95%.

Per quanto riguarda i soggetti che hanno fumato oppio, lo usano mediamente da 4 anni, usano sostanze stupefacenti da più di 8 anni, sono per il 99% poliassuntori, una età anagrafica più bassa rispetto alla media (23 anni), consumano nei week end e mediamente una volta la settimana. Un soggetto su tre usa anche l'eroina, sette su dieci cocaina, ecstasy, Lsd, funghi allucinogeni, amfetamine e speed.

Si ritiene che non sia tanto il consumo di oppio in sé, ma il profilo dei consumatori di tale sostanza che faccia emergere l'alto rischio. La forte associazione con altre sostanze, tra cui cocaina ed eroina, fanno pensare a consumatori con una lunga storia di uso di sostanze, con un desiderio di provare le novità del mercato, ed una percezione del rischio limitata..

*Il 55% degli intervistati utilizza più sostanze, l'età media di primo consumo è di 15.5 anni e l'uso dura mediamente da 8 anni*

Per quanto riguarda il maggiore rischio legato a precedenti episodi di alterazione alcolica, tale rischio, in particolare rispetto all'abuso concomitante di alcol con altre sostanze, viene descritto in tutti gli studi pubblicati sull'argomento.

L'uso di più sostanze risulta collegato ai principali problemi di tipo sanitario, psicologico e di dipendenza da sostanze pesanti. Per quanto riguarda i policonsumatori sarebbe più corretto distinguere tra poliassuntori e "mixing drug users", dato che nel nostro studio non è stato raccolto (Riley et al 2001).

**Profilo a rischio per problemi di tipo sanitario** - Rispetto ai problemi di tipo sanitario in generale si evidenziano probabilità molto elevate, come riportato in gran parte della letteratura internazionale, per gli assuntori di psicofarmaci, di ecstasy e per i soggetti con precedenti episodi di alterazione alcolica.

**Profilo a rischio per ospedalizzazioni** - Rispetto alle ospedalizzazioni si nota una più alta probabilità per chi ha avuto precedenti episodi di alterazione alcolica, per chi ha utilizzato ecstasy e metadone. Per quanto riguarda il **metadone** si precisa che gran parte dei ricoveri dei soggetti che hanno usato questa sostanza riguarda dipendenza da stupefacenti. Per quanto riguarda l'**ecstasy** il dato conferma quanto riportato da altri studi, in particolare relativamente a trattamenti sanitari, problemi psicologici, problemi psichiatrici e sintomi fisici specifici legati all'uso anche saltuario della sostanza (Toppe et al 1999).

**Profilo a rischio per problemi di tipo psicologico** - Rispetto ai problemi di tipo psicologico si nota una probabilità elevata per chi ha avuto episodi di alterazione alcolica, per chi ha consumato salvia divinorum, oppio e morfina. Inoltre il titolo di studio mostra un forte effetto protettivo.

Per quanto riguarda la morfina si precisa che il dato si basa su pochi casi e non è pertanto commentabile, per quanto riguarda l'oppio si rimanda a quanto riportato più sopra rispetto al poli abuso, alla durata dell'uso di stupefacenti e all'associazione con l'uso di sostanze pesanti.

Per quanto riguarda la salvia divinorum si nota che i consumatori sono tutti poli assuntori: la metà utilizza anche oppio, più del 60% ecstasy, cocaina, Lsd, funghi allucinogeni, amfetamine e speed, per cui l'effetto potrebbe anche essere determinato anche dall'uso di queste sostanze. Inoltre i consumatori di salvia divinorum sono molto più giovani rispetto alla media (sotto i 23 anni), il primo consumo di tale sostanza avviene attorno a 20 anni e dura mediamente da meno di tre anni. Questi soggetti usano sostanze da più di 8 anni.

Anche in questo caso potrebbe trattarsi più dello specifico profilo dei consumatori di salvia divinorum che non di qualche effetto particolare della sostanza stessa. Rispetto all'effetto protettivo del titolo di studio, il dato trova conferma nei risultati dei principali studi italiani sugli i.v.d.u. (intra venous drug users) (Bargagli et al 2001; Davoli et al. 1993; Ciccolallo, et al 2000; Pavarin e Prata 2001), in particolare sull'effetto delle disuguaglianze socio economiche, in cui si rileva un rischio di mortalità che diminuisce in relazione al titolo di studio (Merler et al.1999; Cardano et al 1999).

*Nel corso dell'ultimo anno il 94% ha utilizzato cannabinoidi, 46% cocaina, 37% speed, 34% funghi allucinogeni, 33% ecstasy, 30% amfetamine, 28% Lsd,*

Da rilevare che i disturbi di tipo psicologico osservati (ansia, depressione, angoscia, paranoia, ecc) sono stati riportati da studi su consumatori di crystal meth (Degenhardt et al 2003) e di ecstasy (Toppe et al 1999) e sembrano specifici per soggetti che consumano abitualmente sostanze ricreative.

degenerativo (dipendenza, ospedalizzazioni, problemi psichiatrici, trattamenti con psicofarmaci), sia di tipo traumatico (incidenti stradali, overdose), sia di tipo giudiziario (problemi con la giustizia), sia rispetto a problemi vari (economici, psicologici, fisici). Rimane comunque il fatto che la durata del consumo, unitamente all'uso di più sostanze, nel medio periodo genera problematiche non indifferenti.

Tabella 3

**Probabilità di riscontrare problemi connessi uso sostanze in relazione alla sostanza utilizzata nell'ultimo anno: regressione logistica multivariata - O.R. (\*)**

|                  | probl<br>specif. | sanitari | ricoveri psichiat. | incid. giustizia | rischi<br>connes | altri<br>psicol |     |     |
|------------------|------------------|----------|--------------------|------------------|------------------|-----------------|-----|-----|
| sesto            | 0.8              | 0.5      | 0.9                | 0.1              | 0.8              | 0.4             | 1.1 | 1.3 |
| alcol            | 1.8              | 13.0     | 1.6                |                  |                  | 1.0             | 2.1 | 3.5 |
| età              | 1.0              | 1.0      | 0.9                | 0.9              | 1.0              | 0.9             | 1.0 | 1.0 |
| età 1° abuso     | 0.9              | 1.1      | 1.3                | 0.9              | 1.2              | 0.9             | 0.9 | 0.9 |
| haschisch        | 1.6              | 2.0      |                    |                  |                  | 2.0             | 1.7 | 0.9 |
| marijuana        | 1.6              | 1.0      |                    |                  |                  | 2.0             | 1.7 | 3.6 |
| Lsd              | 0.7              | 1.1      | 1.4                | 0.0              | 1.5              | 0.8             | 0.7 | 0.6 |
| ketamina         | 0.5              | 0.4      | 0.8                |                  | 0.5              | 0.8             | 0.6 | 0.4 |
| funghi           | 1.2              | 0.9      | 1.4                | 0.1              | 0.8              | 1.8             | 1.1 | 0.8 |
| salvia divinorum | 1.7              | 0.3      |                    |                  | 0.8              | 1.0             | 2.4 | 3.5 |
| anfetamine       | 1.6              | 1.6      | 1.8                | 9.0              | 1.3              | 0.8             | 1.4 | 1.0 |
| speed            | 0.7              | 1.2      | 0.4                | 3.0              | 1.3              | 0.3             | 0.8 | 0.7 |
| crystal          | 1.2              | 0.5      | 4.1                |                  |                  | 0.6             | 0.3 | 0.8 |
| plegine          | 4.0              | 1.9      | 2.2                |                  | 4.4              | 6.0             | 0.4 |     |
| oppio            | 3.2              | 1.3      | 0.6                | 23.0             | 1.7              | 1.8             | 2.0 | 3.0 |
| morfina          |                  | 0.9      |                    |                  | 7.1              | 5.3             | 2.6 | 8.9 |
| eroina           | 2.7              | 3.5      | 6.0                | 3.9              | 1.3              | 0.9             | 0.8 | 2.2 |
| metadone         | 0.9              | 3.6      | 3.1                |                  |                  | 0.1             |     |     |
| cocaina          | 1.2              | 0.8      | 0.2                | 0.0              | 1.9              | 2.2             | 0.9 | 1.1 |
| crack            | 1.0              |          | 1.1                | 0.2              | 0.8              | 2.4             | 1.8 | 1.2 |
| ecstasy          | 1.1              | 2.1      | 14.6               | 1.4              | 1.0              | 1.5             | 1.1 | 1.2 |
| popper           | 1.1              | 1.3      | 0.7                | 27.4             | 1.5              | 0.4             | 1.6 | 1.0 |
| psicofarmaci     | 2.0              | 3.7      | 3.2                | 105.8            | 0.7              | 1.0             | 1.3 | 0.4 |

(\*) I dati evidenziati sono statisticamente significativi al 95%.

Per quanto riguarda i soggetti che hanno fumato oppio, lo usano mediamente da 4 anni, usano sostanze stupefacenti da più di 8 anni, sono per il 99% poliassuntori, una età anagrafica più bassa rispetto alla media (23 anni), consumano nei week end e mediamente una volta la settimana. Un soggetto su tre usa anche l'eroina, sette su dieci cocaina, ecstasy, Lsd, funghi allucinogeni, amfetamine e speed.

Si ritiene che non sia tanto il consumo di oppio in sé, ma il profilo dei consumatori di tale sostanza che faccia emergere l'alto rischio. La forte associazione con altre sostanze, tra cui cocaina ed eroina, fanno pensare a consumatori con una lunga storia di uso di sostanze, con un desiderio di provare le novità del mercato, ed una percezione del rischio limitata..

*Il 55% degli intervistati utilizza più sostanze, l'età media di primo consumo è di 15.5 anni e l'uso dura mediamente da 8 anni*



Per quanto riguarda il maggiore rischio legato a precedenti episodi di alterazione alcolica, tale rischio, in particolare rispetto all'abuso concomitante di alcol con altre sostanze, viene descritto in tutti gli studi pubblicati sull'argomento.

L'uso di più sostanze risulta collegato ai principali problemi di tipo sanitario, psicologico e di dipendenza da sostanze pesanti. Per quanto riguarda i policonsumatori sarebbe più corretto distinguere tra poliassuntori e "mixing drug users", dato che nel nostro studio non è stato raccolto (Riley et al 2001).

**Profilo a rischio per problemi di tipo sanitario** - Rispetto ai problemi di tipo sanitario in generale si evidenziano probabilità molto elevate, come riportato in gran parte della letteratura internazionale, per gli assuntori di psicofarmaci, di ecstasy e per i soggetti con precedenti episodi di alterazione alcolica.

**Profilo a rischio per ospedalizzazioni** - Rispetto alle ospedalizzazioni si nota una più alta probabilità per chi ha avuto precedenti episodi di alterazione alcolica, per chi ha utilizzato ecstasy e metadone. Per quanto riguarda il **metadone** si precisa che gran parte dei ricoveri dei soggetti che hanno usato questa sostanza riguarda dipendenza da stupefacenti. Per quanto riguarda l'**ecstasy** il dato conferma quanto riportato da altri studi, in particolare relativamente a trattamenti sanitari, problemi psicologici, problemi psichiatrici e sintomi fisici specifici legati all'uso anche saltuario della sostanza (Toppe et al 1999).

**Profilo a rischio per problemi di tipo psicologico** - Rispetto ai problemi di tipo psicologico si nota una probabilità elevata per chi ha avuto episodi di alterazione alcolica, per chi ha consumato salvia divinorum, oppio e morfina. Inoltre il titolo di studio mostra un forte effetto protettivo.

Per quanto riguarda la morfina si precisa che il dato si basa su pochi casi e non è pertanto commentabile, per quanto riguarda l'oppio si rimanda a quanto riportato più sopra rispetto al poli abuso, alla durata dell'uso di stupefacenti e all'associazione con l'uso di sostanze pesanti.

Per quanto riguarda la salvia divinorum si nota che i consumatori sono tutti poli assuntori: la metà utilizza anche oppio, più del 60% ecstasy, cocaina, Lsd, funghi allucinogeni, amfetamine e speed, per cui l'effetto potrebbe anche essere determinato anche dall'uso di queste sostanze. Inoltre i consumatori di salvia divinorum sono molto più giovani rispetto alla media (sotto i 23 anni), il primo consumo di tale sostanza avviene attorno a 20 anni e dura mediamente da meno di tre anni. Questi soggetti usano sostanze da più di 8 anni.

Anche in questo caso potrebbe trattarsi più dello specifico profilo dei consumatori di salvia divinorum che non di qualche effetto particolare della sostanza stessa. Rispetto all'effetto protettivo del titolo di studio, il dato trova conferma nei risultati dei principali studi italiani sugli i.v.d.u. (intra venous drug users) (Bargagli et al 2001; Davoli et al. 1993; Ciccolallo, et al 2000; Pavarin e Prata 2001), in particolare sull'effetto delle disuguaglianze socio economiche, in cui si rileva un rischio di mortalità che diminuisce in relazione al titolo di studio (Merler et al.1999; Cardano et al 1999).

*Nel corso dell'ultimo anno il 94% ha utilizzato cannabinoidi, 46% cocaina, 37% speed, 34% funghi allucinogeni, 33% ecstasy, 30% amfetamine, 28% Lsd,*

Da rilevare che i disturbi di tipo psicologico osservati (ansia, depressione, angoscia, paranoia, ecc) sono stati riportati da studi su consumatori di crystal meth (Degenhardt et al 2003) e di ecstasy (Toppe et al 1999) e sembrano specifici per soggetti che consumano abitualmente sostanze ricreative.

Rispetto ai **problemi con la giustizia** si nota una probabilità più elevata di incontrare tali difficoltà per le femmine rispetto ai maschi. Le ragazze che partecipano ai raves risultano appartenere ad un sottoinsieme molto selezionato della popolazione femminile di consumatori di sostanze.

Rispetto ai **problemi specifici per uso di sostanze pesanti** (dipendenza, disintossicazioni, overdose), si nota una più alta probabilità per chi utilizza le sostanze per via iniettiva, per i poliassuntori, per chi ha avuto precedenti episodi di alterazione alcolica, per chi usa eroina, cocaina e metadone, per chi non abita con la famiglia di origine.

Nello specifico delle **overdose**, anche se non in modo statisticamente significativo, la probabilità è più elevata per chi non vive con la famiglia di origine, per chi viene da fuori provincia, e diminuisce con l'aumento della scolarità.

Il profilo che emerge concorda con quanto riportato dalla letteratura internazionale (Marzuk et al 1997) e negli ultimi studi condotti nell'area metropolitana della provincia di Bologna (Pavarin e Salsi 1998, 1999; Ruo e Pavarin 2001; Toppe et al 1999; Merler et al 1999) ed evidenzia da una parte la presenza di soggetti con problemi di dipendenza che non si rivolgono ai servizi, dall'altra l'esistenza di problemi rilevanti tra consumatori occasionali di sostanze pesanti.

Tra i tossicodipendenti l'esperienza dell'overdose è frequente, i fattori maggiormente associati sono l'età di inizio della tossicodipendenza, la gravità della dipendenza, l'uso concomitante di altre sostanze, l'uso di alcol (Davoli et al 1993; Beverly Powis et al 1999; Bennet et al 1999; Seaman et al 1998; O'Driscoll et al 2001; Cullen et al 2000; Mc Gregor et al 1998).

I soggetti drug free risultano maggiormente a rischio (Tagliaro et al 1998) e le politiche di riduzione del danno dovrebbero essere differenziate anche per questa condizione, considerando a rischio non solo chi esce dal carcere, chi termina i trattamenti comunitari ed i soggetti stabilmente in carico ai servizi pubblici e privati sulle tossicodipendenze che iniziano un programma di disintossicazione, ma anche i consumatori occasionali di sostanze pesanti.

## CONCLUSIONI

Dall'analisi dei risultati si rileva l'abitudine diffusa ad utilizzare l'alcol come sostanza inebriante, l'aumentato uso della cocaina, lo stabilizzarsi del fenomeno del poli consumo di stupefacenti.

Chi ha provato le sostanze continua ad utilizzarle nel tempo, con il rischio di provocare fenomeni di dipendenza. L'età di primo uso è in diminuzione ed aumenta in relazione alla "pericolosità" delle sostanze consumate.

Si evidenzia da una parte una popolazione di soli consumatori di cannabinoidi (mediamente più anziani e sostanzialmente con pochi problemi), dall'altra l'emergere tra i più giovani di comportamenti di consumo orientati all'uso di più sostanze cui si accompagna una scarsa percezione del rischio. Inoltre una parte consistente di questi giovani ha o ha avuto seri problemi di dipendenza e solo una parte esigua si è rivolta ai servizi pubblici per disintossicazioni.

Hanno più problemi i più giovani, che hanno iniziato prima ed usano sostanze da più tempo. L'inesperienza e la "voglia di provare" emergono dai profili a rischio unitamente all'abuso concomitante di alcol.

Ecstasy e psicofarmaci risultano le sostanze maggiormente associate ai problemi sanitari, l'effetto protettivo del titolo di studio suggerisce comportamenti diversi a seconda del diverso status socio economico.

*Il 51.4% ha avuto problemi connessi all'uso di sostanze: 19.5% problemi psicologici, 9% svenimenti, 6.8% problemi fisici, 6.2% problemi di tipo sanitario.*

I risultati dello studio evidenziano la necessità di impostare le politiche sanitarie sulle droghe in modo diverso rispetto ai soggetti con problemi di dipendenza ed ai semplici consumatori.

Per quanto riguarda i consumatori vanno sperimentate politiche di prevenzione basate su campagne di informazione sugli effetti delle sostanze e interventi di riduzione del danno mirati su specifici contesti (raves, eventi musicali) e su specifici target (frequentatori di locali pubblici, discoteche, centri sociali, ecc).

In prospettiva va inoltre ripensato il ruolo dei servizi pubblici sulle tossicodipendenze, il cui target (eroinomani con problemi di disagio sociale) è mirato su una parte, anche se rilevante, dei soggetti che hanno problemi connessi l'uso di sostanze stupefacenti.



#### BIBLIOGRAFIA

Riley S. et al (2001), "Patterns of recreational drug use at dance events in Edimburg, Scotland", *Addiction*, 96, 1035-1047

Pavarin R.M., Salsi A. (1998), "Estimate of present addicts in Bologna in 1998 and analysis of the unknown number or them", *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo* n. 3

Ruo M., Pavarin R.M. (2001), *Tossicodipendenza e marginalità a Bologna: offerta di servizi e caratteristiche dei soggetti*, pubbl. a cura A.usl città di Bologna - Settembre 2001 - [www\ossdipbo.org](http://www.ossdipbo.org)

Pavarin R.M., Ruo M., Forni F. (2003), *Abuso di alcol e di stupefacenti tra i giovani che frequentano i locali pubblici della provincia di Bologna*, pubbl. a cura A.usl città di Bologna - gennaio 2003 - [www\ossdipbo.org](http://www.ossdipbo.org)

Bargagli A.M., Sperati A., Davoli M., Forastiere F., Perucci C.A. (2001), "Mortalità among problem drug users in Rome: an 18-year follow-up study, 1980-97", *Addiction*, 96, 1455-1463

Davoli M, Perucci CA., Forastiere F., et al (1993 ), "Risk factors overdose mortality: a case-control study within a cohort of intravenous drug users", *Int J Epidemiol*, 22:273-277

Ciccolallo L., Morandi G., Pavarin R.M., Sorio C., Buratti E. (2000), "La

mortalità dei tossicodipendenti nella Regione Emilia Romagna ed i suoi determinanti. Risultati di uno studio longitudinale". *Epidemiologia e Prevenzione* n.1

Pavarin R.M., Prata L. (2001), "Studio longitudinale sulla mortalità dei tossicodipendenti a Bologna e suoi determinanti", *Gli ospedali della vita* n. 3 Luglio

Toppe L. et al. (1999), "Ecstasy use in Australia: patterns of use and associated harm", *Drug and Alcohol Dependence* 55,105-115

Degenhardt L. et al. (2003), "Crystal meth use among polydrug users in Sydney's dance party subculture: characteristics, use patterns and associated harms", *International Journal of Drug Policy* 14, 17-24

Gross SR. et al. (2002), "Ecstasy and drug consumption patterns: a Canadian rave population study", *Can J Psychiatry*, Aug; 47(6):546-51

Adlaf EM. et al. (1997), "Party subculture or dens of doom? An epidemiological study of rave attendance and drug use patterns among adolescent students", *J. Psychoactive drugs* Apr-Jun; 29 (2) :193-8

Erickson TB. et al. (1996), "Drug use and patterns at major rock concert events", *Ann Emerg Med*, Jul; 28 (1): 22-6

Kraus L. et al. (2003), "Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European

- Union and Norway", *Addiction*, Apr; 98(4):471-85
- Gfroer J. et al.** (1997), "Prevalence of youth substance use: the impact of methodological difference between two national surveys", *Drug Alcohol Depend*, Jul 25;47(1): 19-30
- Lenton S. et al.** (1997), "Raves, drugs and experience: drug use by a sample of people who attend raves in Western Australia", *Addiction*, 92 (10), 1327-1337
- Gaulier J.M. et al.** (2002), "New drugs at rave parties: ketamine and proliantane", *Acta Clin Blg Suppl*; (1): 41-6
- Osservatorio Europeo Droghe Tossicodipendenze**, *Il consumo di stupefacenti ad uso ricreativo; Misurare la prevalenza e l'incidenza del consumo di stupefacenti; Prevenzione in materia di droghe nelle scuole dell'U.E.*, Documenti reperibili on line sul sito: www.emcdda.org
- Sutherland I. et al.** (2001), "The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use in a stratified sample of English adolescents", *Addiction*, Apr; 96 (4): 637-40
- Strote J. et al.** (2002), "Increasing MDMA use among college students: result of a national survey", *J. Adolesc Health*, Jan; 30 (1): 64-72
- Pavarin R.M.** (2003), "Studio trasversale sulla prevalenza di tossicodipendenti da sostanze pesanti nell'area metropolitana della provincia di Bologna" *Rapporto 2002 sulle dipendenze in area metropolitana*, pubbl. a cura A.usl città di Bologna - Maggio - www.ossdipbo.org
- Merler E. et al.** (1999), "Condizione socio-economica e disuguaglianze nella mortalità nello studio longitudinale toscano (SLTo): persistenza ed evoluzione nel tempo (mortalità generale, tumore del polmone, cirrosi epatica) ed aspetti emergenti (Aids e Overdose)", *Epidemiologia e Prevenzione* n.23
- Cardano M., Costa G., Demarca M. et al.** (1999), "Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani", *Epid Prev*; 23:141-152
- Marzuk P.M. et al.** (1997), "Poverty and fatal accidental drug overdoses of cocaine and opiates in New York city: an ecological study", *AMJ Drug Alcohol abuse*, n.23
- Pavarin R.M., Salsi A.** (1999), "Analysis of the characteristics of the subjects contacted by the Street Workers in the municipality of Bologna - first six months period 1998", *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, n. 1
- Dunkan Stewart B.A., Gossop M. et al.** (2002), "Reductions in non-fatal overdose after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study (Ntors)", *Journal of Substance Abuse Treatment* 22, 1-9
- Beverly Powis et al.** (1999), "Self reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem", *Addiction*, 94 (4) 1179-1190
- Bennet GA. et al.** (1999), "Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK", *Addiction*, 94 (8)
- Seaman SR. et al.** (1998), "Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study", *BMJ International edition* 316 feb.
- O'Driscoll PT. et al.** (2001), "Predictors of accidental fatal drug overdose among a cohort of injecting drug users", *American Journal of Public Health*, vol 91, n.6, June, 984-987
- Cullen W. et al.** (2000), "Experience of heroin overdose among drug users attending general practice", *British Journal of General Practice*, 50, 546-549
- Mc Gregor C. et al.** (1998), "Experience of non fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risks perceptions", *Addiction* 93
- Tagliaro F. et al.** (1998), "Death from heroin overdose: findings from hair analysis", *The Lancet* 351 June