



DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

OSSERVATORIO

**INDAGINE DI POPOLAZIONE SUL CONSUMO DI
SOSTANZE PSICOTROPE NELLA CITTÀ DI
MILANO**

SURVEY 2007

**A CURA DI ROBERTO MOLLIKA
RESPONSABILE OSSERVATORIO DIPARTIMENTO DIPENDENZE**

GIUGNO 2008

Hanno collaborato alla realizzazione del progetto:

Vincenzo Cristiano, Bruna Peraboni, Massimiliano Abbiati, Giovanni Aresi, Isabella Fazio, Luca Fornari, Cristina Monzeglio, Chiara Repetto. Associazione ALA Milano Onlus.

Andrea Candela, Paolo Pioltelli. Comunità Nuova Onlus

Sergio Salviati, Riccardo Martinelli, Andrea Travagin. Cooperativa Lotta contro l'emarginazione

Matteo Frossi. Associazione SAMAN

Lorella Bruni. Osservatorio Dipartimento Dipendenze, ASL Città di Milano

Olga Picozzi, Sara A. Rossetti, Riccardo Molfini, Claudia Corsa. Progetto PROXI

Ringraziamenti per aver concesso l'ospitalità alla somministrazione dei questionari presso le loro sedi:

Centro commerciale Metropoli

Centro commerciale Milanofiori

Centro commerciale Centrosarca

Comune di Milano, Settore Anagrafe

Forumnet SpA

Gardaland Waterpark

McDonald's Italia

Milanosport SpA

Provincia di Milano – Settore Idroscalo, sport, turismo, tempo libero

UNITRE Milano

Presentazione a cura di Riccardo C. Gatti

L'osservazione dei dati generali presentati in questo report mette in rilievo alcuni nodi importanti

1) I consumi di droga a Milano sono tendenzialmente superiori a quelli della media nazionale

Questo dato rappresenta pienamente il significato del mercato della droga oggi. Dove esiste una maggiore interazione commerciale ed una maggiore situazione interattiva tra le persone questo mercato raggiunge un maggior numero di clienti. Si conferma perciò la tendenza ad una tecnologia di vendita molto simile a quella adottata dalla "grande distribuzione" dove i canali di diffusione dei prodotti sono molto ben differenziati e "dedicati" a diverse tipologie di utenti.

2) Il numero dei consumatori occasionali di sostanze illecite è molto alto

Anche questo dato conferma la capacità di penetrazione, trasversale alla società civile, del mercato della droga. A questo proposito vale la pena di osservare che una simile "grande distribuzione" si basa non solo, naturalmente su consumatori occasionali, ma anche su trafficanti e spacciatori altrettanto occasionali. Questo permette di far sì che la distribuzione sia più capillare possibile. E' possibile, cioè, comprare droga dal tipico "spacciatore" ma anche dal collega di lavoro, dall'amico o dal compagno di scuola. Queste persone possono "mettersi in affari" senza essere affiliate gerarchicamente alle organizzazioni criminali e, semplicemente, comprando e vendendo piccoli quantitativi, integrano lo stipendio o, comunque, la propria disponibilità finanziaria. Ciò finisce per generare un "supporto" al mercato visto come occasione di distribuzione della ricchezza organizzata in modo socialmente compatibile.

Contemporaneamente però:

- a) preoccupano le contiguità descritte tra società civile ed organizzazioni criminali che possono utilizzare questi nuovi "canali di prossimità" come strumenti di infiltrazione e condizionamento di nodi decisionali importanti (es. imprenditorialità, finanza, informazione, ecc.)
- b) vi è un gran numero di persone che, pur non essendo tossicodipendenti, possono avere problemi fisici o psichici acuti e cronici conseguenti all'uso di droghe
- c) sono alte le possibilità di "incidenti" conseguenti allo svolgimento di attività ordinarie in stato di parziale alterazione mentale che coinvolgano, tra l'altro, anche persone che non fanno uso di droghe
- d) sono prevedibili sempre più alti costi sociali ed individuali rispetto a tempi in cui l'uso di droghe era delimitato a particolari situazioni sociali o culturali
- e) potenzialmente aumenta il rischio di ulteriore diffusione del mercato

3) Il confronto con i dati 2004 non evidenzia grossi scostamenti dei valori

Questo è un dato sembrerebbe suggerire come questo tipo di mercato possa essersi avvicinato, nella nostra città, ad una possibile soglia di saturazione o per il raggiungimento di tutti i possibili consumatori potenziali o per effetto di una situazione socio-economica generale in cui la disponibilità finanziaria per l'acquisto di "beni di consumo" appare sempre più limitata.

Ciò pone tuttavia il problema di quale tipo di strategia potrebbe essere utilizzata dalle attuali organizzazioni di vendita per aumentare ulteriormente gli utili, visto che la loro strutturazione lo impone, pena l'implosione delle piramidi che la compongono.

Una prima strada sembrerebbe quella di spingere verso una ulteriore diffusione di sostanze sintetiche (attualmente sottodimensionata rispetto a quella di altri Paesi europei e che i nostri dati dimostrano in crescita); una seconda strada, ancor più preoccupante, potrebbe essere quella di aumentare la frequenza di consumo di sostanze da parte dei consumatori saltuari.

4) l'eroina di oggi e quella di ieri

Il mezzo di trasformare consumatori occasionali in consumatori abituali potrebbe essere (ancor più della cocaina) l'eroina, oggi presente in grande quantità ed a prezzi modici sul mercato. Nelle persone più giovani questa droga non ha più l'immagine di sostanza trash (dei devianti e degli emarginati) che si è guadagnata negli anni.

Fumata, potrebbe diventare ... "una droga come un'altra" ed infatti i dati dimostrano che le persone più giovani, a Milano, dichiarano un uso di eroina, una volta in vita, pari, a quello delle persone mature che ne hanno attraversato la diffusione "epidemica" degli anni 70, 80 e 90. Questo dato appare particolarmente preoccupante in considerazione del fatto che l'eroina ha la proprietà di generare rapidamente tolleranza e cioè la necessità di aumentarne il dosaggio o la frequenza di assunzione per ottenere lo stesso effetto generando, rapidamente, tossicodipendenza.

Non bisogna dimenticare che l'attuale "parco clienti" eroinomani è in invecchiamento e, quindi, un "investimento" del settore in persone giovani potrebbe essere indicato per garantire nel tempo una base di reddito stabile.

5) il 10% degli intervistati si è ubriacato nel mese precedente

L'alcool sembra rimanere la droga più diffusa per provocare una pesante alterazione dello stato psico-fisico e, anche qui, vediamo come questo tipo di diffusione vada a colpire pesantemente i più giovani. E' difficile, qui, non considerare gli ingenti investimenti rispetto alla promozione del bere alcolici che vengono fatti proprio nei confronti del target giovanile.

Conclusioni

Purtroppo i dati in nostro possesso, sebbene stabilizzati per molte sostanze, non sono tranquillizzanti e richiedono una maggiore attenzione al problema della diffusione di droghe (lecite e illecite) anche quando riferibile a consumi occasionali e non a stati di tossicodipendenza. Meno "visibile" di un tempo e più tollerata socialmente, la diffusione di droghe ha una penetrazione maggiore di quando il problema veniva considerato una emergenza sociale primaria. La contiguità tra organizzazioni criminali e società civile, per mezzo della diffusione di droghe è aumentata.

Le evoluzioni del mercato, già misurabili nei loro effetti, sono inquietanti. La popolazione più giovane corre rischi notevoli in gran parte sottovalutati, o ignorati, dal mondo degli adulti tranquillizzati dall'invisibilità di molti fenomeni e convinti che quasi nulla sia cambiato, in questo ambito, rispetto ai rispettivi quadri di riferimento generazionali.

Riccardo C. Gatti
Direttore Dipartimento Dipendenze
A.S.L. Città di Milano

Introduzione

Il consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope rappresenta un fenomeno che negli ultimi anni ha avuto larga espansione all'interno della popolazione generale. In particolare, a livello europeo è stato evidenziato come tali consumi, per determinate sostanze, siano in aumento in alcuni stati dell'UE.

A livello nazionale i dati IPSAD segnalano che dal 2001 al 2005 i consumi di cannabis, eroina e cocaina sono in aumento all'interno della popolazione generale. Inoltre, alcuni rilievi della letteratura scientifica internazionale evidenziano una certa differenza di prevalenza di consumo tra ambiti rurali ed ambiti metropolitani. Per tali motivi nel corso del 2007 è stata riproposta e condotta una indagine nella popolazione generale milanese atta a rilevare la dimensione dei consumi di sostanze.

L'Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze in Regione Lombardia

La DGR 12621 del 2003 "Progetto Regionale Dipendenze" della regione Lombardia definisce le funzioni del Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze all'interno dei territori delle singole ASL: al fine di assolvere ad alcune delle funzioni proprie del Dipartimento, la DGR suggerisce, nell'ambito dello sviluppo dei sistemi informativi aziendali, l'istituzione di una unità operativa denominata "osservatorio" *quale strumento conoscitivo, valutativo e progettuale che indaga i fenomeni, sistematizzando le informazioni già disponibili derivanti dall'attività terapeutica, assistenziale e repressiva, sia ricercando informazioni originali, in particolare su quella parte del fenomeno che tende a rimanere nella clandestinità e che costituisce quindi un campo di potenziali destinatari delle attività di tutela della salute, di recupero e di cura. Il complesso delle attività in esso previste dovrà essere in grado di fornire reports di informazioni quantitative e qualitative per la programmazione, la progettazione e la gestione, nonché la verifica e l'adeguamento continuo dell'azione preventiva e riabilitativa*

La configurazione dell'osservatorio deve rispondere a obiettivi (comprensione delle caratteristiche essenziali del fenomeno e delle sue tendenze evolutive, stima della portata del fenomeno, monitoraggio delle attività sulle dipendenze, attività di informazione, attività di supporto al processo di valutazione degli interventi) presidiando quattro funzioni (di antenna, sperimentale, di punto di informazione per lo sviluppo e la diffusione delle conoscenze, di messa in rete) attraverso interventi tesi a:

- implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi pubblici e privati

- attivazione e sviluppo di un sistema di allerta rapido sulla comparsa di nuove sostanze stupefacenti e/o di sostanze con caratteristiche altamente significative
- definizione dei criteri di qualità per la remunerazione e la differenziazione dei servizi e secondo l'articolazione degli interventi in essi previsti
- miglioramento delle conoscenze relative al successo dei vari trattamenti, disponibilità di una letteratura di riferimento

Progetto Osservatorio e Sistema Integrato (PROXI)

Per dar seguito ai contenuti della DGR 12621 del 2003 si è reso necessario avviare un processo di costituzione e gestione dell'osservatorio; in relazione alle determinazioni regionali sulla destinazione di parte della quota ex L.45/99 (DGR 19977/2004) per l'attuazione di progetti ed interventi collegati alle sperimentazioni regionali tra cui l'osservatorio territoriale dipendenze.

Il recepimento del decreto e dei fondi ad esso collegati ha consentito lo sviluppo del Progetto Osservatorio e Sistema Integrato (PROXI) avviato a fine 2005 ed attualmente in fase di capitalizzazione.

Attraverso la realizzazione di PROXI si è dato seguito all'attivazione locale del sistema informativo dipendenze, così come auspicato dalla DGR 12621/2003, in toto collegata ad altre sperimentazioni regionali e nazionali tra cui il progetto SESIT: quest'ultimo, a sua volta, si inquadra come elemento sperimentale all'interno della realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Nazionale (NSIS – Progetto Mattoni) nella cui area specifica delle dipendenze, nel corso del 2006, è stato attivato lo sviluppo del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND).

La finalità del progetto SESIT prevede la realizzazione, lo sviluppo e l'utilizzo di un supporto informatico (software) in grado di soddisfare le caratteristiche richieste sia dal debito informativo istituzionale (Ministero e Regione) che europeo (TDI - EMCDDA).

Oltre ad orientare i flussi dati verso gli standard nazionali ed europei attraverso la costruzione e l'adozione di un tracciato record su singolo paziente (patient file – tracciato SET-SEIT, poi evoluto in tracciato SIND), e sempre nel rispetto del Progetto Mattoni, SESIT è anche fortemente orientato a dare un'impronta gestionale del sistema dei servizi (pubblici e privati) in funzione di:

- classificazione delle prestazioni
- misura dell'outcome
- misura della appropriatezza degli interventi
- prestazioni farmaceutiche
- prestazioni residenziali e semiresidenziali
- misura dei costi del SSN.

Lo sviluppo iniziale di PROXI, indipendentemente dalla costituzione del SIND, è stato fin da subito orientato verso la strutturazione di un sistema in grado di porre le basi per l'attuazione di un processo finalizzato alla Clinical Governance, e pertanto capace di soddisfare quanto previsto anche dal Progetto Mattoni con indirizzo gestionale.

La fase di progettazione di PROXI si è basata sulle indicazioni europee contenute in "Project Cycle Management Guidelines" adattate secondo il "Project Management – La Gestione dei Progetti". Partendo dalla definizione dell'albero dei problemi sono stati sviluppati gli obiettivi e le strategie di riferimento: attraverso tale processo è stato costruito il Logical Framework (LOGFRAME) che assimila le problematiche suddivise per ambiti. La declinazione dei risultati attesi definiti nel logframe è stata realizzata attraverso la tecnica della Work Breakdown Structure (WBS) che ha consentito l'identificazione delle macroattività correlate alle singole strategie di progetto, i rispettivi responsabili e la tempistica di realizzazione. La fase conseguente ha comportato l'individuazione dei Work Packages (WP – insieme di attività): ogni WP è stato identificato come appartenente alla strategia di riferimento e anche per i WP sono stati identificati gli input normativi di riferimento, i responsabili della loro attuazione, gli output, la tempistica di realizzazione e gli indicatori di output.

All'interno di PROXI sono quindi venute a concretizzarsi in modo sempre più compiuto le attività che caratterizzano l'Osservatorio del Dipartimento Dipendenze: tra queste, nell'ottica dello studio del fenomeno in ambito locale, si è provveduto all'esecuzione di una indagine di popolazione che andasse a rilevare, e a misurare, il livello di consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope nella popolazione che vive a Milano.

Materiali e metodi

Per lo sviluppo dell'indagine di popolazione è stato creato un gruppo di lavoro finalizzato all'attività necessaria per la realizzazione della ricerca secondo il metodo WBS.

La Direzione Scientifica, assegnata al Responsabile di PROXI, si è avvalsa di un Comitato Tecnico-scientifico a supporto delle singole fasi di sviluppo.

Questionario

È stato adottato il questionario standard europeo adattato dalla ricerca italiana IPSAD[®] e successivamente modificato ed integrato secondo alcuni obiettivi specifici della nostra indagine: questo ha permesso di utilizzare un questionario validato e standardizzato secondo le indicazioni

dell'EMCDDA e già impiegato a livello nazionale italiano per analoghe indagini (IPSAD® 2005). Al fine di investigare aspetti specifici di interesse locale, sono state aggiunte alcune domande volte a raccogliere elementi utili per indagare:

- la presenza di problematiche psico-socio-relazionali e sanitarie
- la problematicità del consumo di alcolici (test CAGE)

Il questionario modificato è stato sottoposto a somministrazione su un numero di intervistati per verificarne la compilabilità e la congruenza interna per i nuovi item inseriti, oltre a verificarne la consistenza globale. Verificata la validità del questionario adattato attraverso tale fase pilota si è proceduto con l'organizzazione del sistema di somministrazione attraverso la fase operativa di rilevazione.

La metodologia di campionamento utilizzata è stata del tipo "face-to-face on the fly" e i luoghi presso cui somministrare i questionari alla popolazione generale sono stati scelti in funzione delle seguenti caratteristiche.

- presenza di un flusso/presenza omogeneo di persone
- possibilità di incontrare le persone in una situazione di relativa tranquillità
- distribuzione dei luoghi in modo omogeneo rispetto al territorio cittadino
- presenza di eventi con setting utili alla somministrazione.

Per i motivi appena citati ci si è quindi orientati verso luoghi come gli uffici anagrafe, le piscine pubbliche, centri commerciali, eventi fieristici, concerti di vario genere, confidando in questo modo di intercettare un campione casuale di soggetti abitanti a Milano.

La somministrazione vera e propria dei questionari avveniva attraverso operatori addestrati alla consegna ed al ritiro dei questionari, che avveniva nel rispetto dell'anonimato dei compilatori. Al fine di rendere ancora più conforme al concetto di casualità la scelta dei soggetti cui proporre il questionario stesso, la compilazione era proposta ad un soggetto ogni tre incontri.

Dopo ogni uscita, i questionari compilati erano riconsegnati presso la sede operativa della ricerca, catalogati per numero, luogo e data di raccolta, e numerati in modo progressivo internamente all'uscita stessa.

L'inserimento dei dati raccolti con i questionari è stata effettuata attraverso l'utilizzo di maschere di Access conformi graficamente al layout dei questionari cartacei per ridurre al minimo eventuali difficoltà di inserimento dati e consentirne una archiviazione in datasheet codificato.

Il database è stato prelevato periodicamente in corso di compilazione per effettuare delle valutazioni sull'andamento del reclutamento e stimare quindi il tempo necessario per la raccolta del numero utile di questionari validi.

Le analisi sono state eseguite con SPSS 13.0.

Risultati

Uscite effettuate e campione contattato

La fase di campionamento è durata 4 mesi (luglio-ottobre 2007): sono state effettuate 39 uscite presso 23 luoghi/eventi diversi. In particolare:

- 9 Impianti sportivi (piscine)
- 4 Sportelli Ufficio Anagrafe
- 3 Centri Commerciali
- 3 Fast Food
- 2 Spettacoli teatrali
- 1 Sede Universitaria della terza età
- 1 Concerto

I questionari raccolti sono stati 3.450, di cui ne sono stati ritenuti validi 3.023. I criteri per cui sono stati invadati 427 questionari (pari al 12% di quelli raccolti) sono stati la mancanza di dati anagrafici “core” (sesso e età), la macroscopica evidenza di incongruenze nelle risposte, la condizione di non abitare a Milano, l'appartenenza a fasce di età escluse dall'indagine (meno di 15 o più di 64 anni compiuti).

La validazione del data-entry è stata effettuata tramite controllo random del 5% dei questionari cartacei e il rispettivo contenuto del database: su 208.320 item controllati gli errori riscontrati sono risultati 84 (pari allo 0,04%)

Il campione intercettato e sottoposto ad analisi evidenzia una struttura modestamente differente rispetto a quella della popolazione di riferimento per quanto riguarda la proporzione tra fasce di età,

mentre risulta rispettata la distribuzione per genere

(fig. 1).

Controllo dei bias di selezione.

In sede di analisi lo squilibrio tra campione popolazione è stato gestito processando i dati per strati di popolazione (fasce di età decennali e genere) ed i risultati sono stati poi proiettati sul corrispondente strato di popolazione di riferimento.

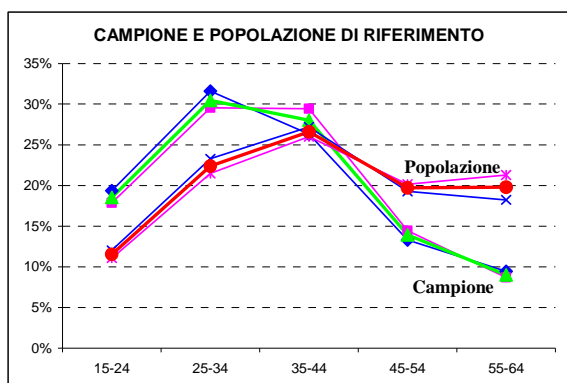


Fig. 1. Struttura popolazione e campione per genere e fascia d'età.

Per quanto quest'ultima sia derivata dalla consultazione web dell'Ufficio Statistiche del Comune di Milano, e quindi descriva la popolazione residente e quella non abitante, Regione Lombardia riporta

che la popolazione presente nel territorio del Comune di Milano non sia di molto differente da quella residente (1.285.622 vs. 1.256.211; fonte SIS.EL). Pertanto, l'analisi per strati del campione intercettato lo rende rappresentativo della popolazione di riferimento.

Consumo di alcolici

Il consumo di bevande alcoliche è stato indagato raccogliendo informazioni sul consumo di vini/birra e di superalcolici nel corso dell'ultimo anno (Last Year Prevalence – LYP) e dell'ultimo mese (Last Month Prevalence – LMP), come rappresentato nei grafici che seguono (fig. 2). Per convenzione i dati relativi ai soggetti maschi sono rappresentati in azzurro, mentre quelli riferiti alle femmine sono in rosa.

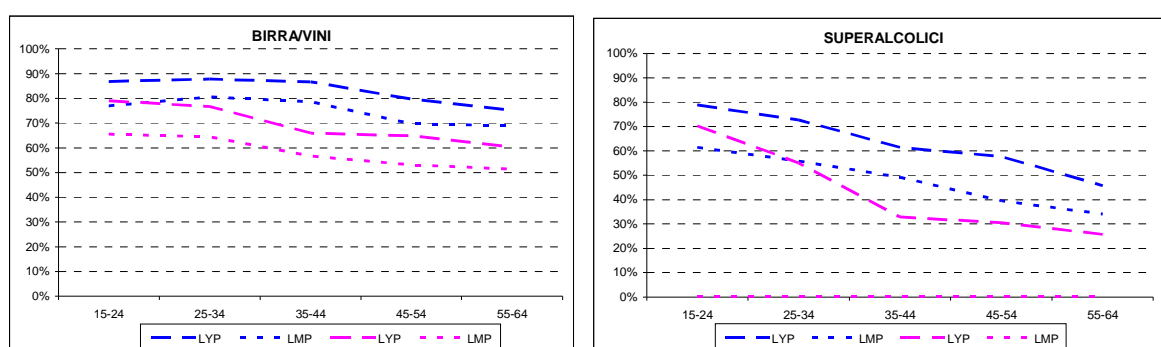
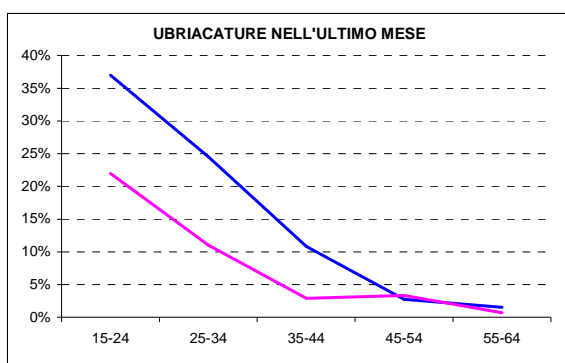


Fig. 2. Prevalenze per il consumo di bevande alcoliche

Questi dati sono integrati da altre due informazioni: il numero di volte che il soggetto si è ubriacato nel corso dell'ultimo mese e la valutazione del consumo problematico di alcolici con il test CAGE.

Il numero di ubriacature nell'ultimo mese è stato convertito in presenza o assenza della condizione ed è stato quindi stratificato per maschi e femmine e per classe di età (fig. 3).



Il 37% dei maschi ed il 22% delle femmine di età tra 15 e 24 anni ha dichiarato almeno una ubriacatura nell'ultimo mese. Le percentuali si riducono con l'aumentare dell'età, ma restano sempre più alte per i soggetti di sesso maschile.

Attraverso la proiezione di questi dati sulla popolazione di riferimento si è stimato che almeno

85.000 persone (pari al 10% della popolazione 15-64 anni) si siano ubriacate negli ultimi trenta giorni.

Nel questionario erano state previste anche le quattro domande che costituiscono il test CAGE, la cui valutazione è stata eseguita solo per chi aveva dichiarato un consumo di alcolici nell'ultimo anno (fig. 4).

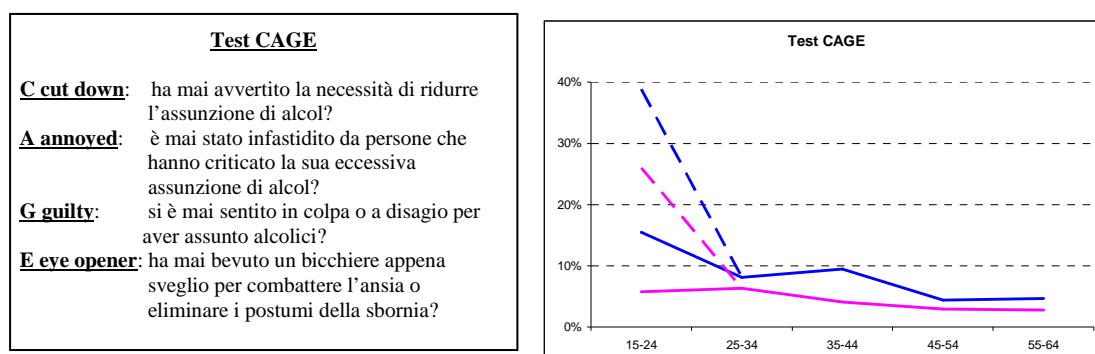
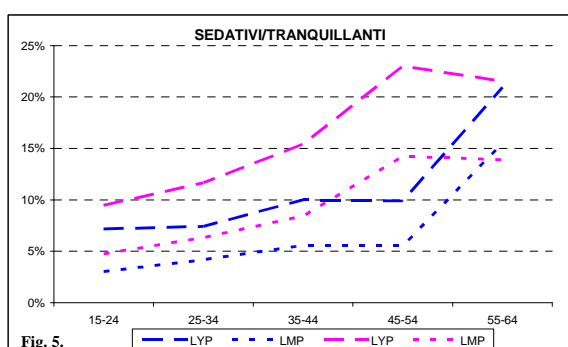


Fig. 4: item del test CAGE e risultati

Il test CAGE è indicativo di consumo problematico di alcol in caso l'intervistato di almeno due risposte affermative sulle quattro previste; alcuni autori lo ritengono indicativo anche in presenza di una sola risposta affermativa se il soggetto appartiene a fasce di età giovanili queste domande. Il grafico riporta la presenza di due risposte affermative (linee continue) per tutto il campione, con anche il dettaglio di una sola risposta affermativa per i giovani (linea tratteggiata).

Consumo di benzodiazepine



Analogamente a quanto fatto per gli alcolici, anche per il consumo di sedativi e tranquillanti è stata valutata la prevalenza nell'ultimo anno e nell'ultimo mese (fig.). I risultati confermano quanto conosciuto dai dati di vendita di questi farmaci (benzodiazepine), e cioè che sono consumati più dalle femmine che dai maschi e che il loro uso

aumenta con l'età. Oltre che dare rilievo alla dimensione con cui sono consumati, questo elemento sostiene e conferma la veridicità delle risposte date dagli intervistati.

Consumo di altre sostanze (sostanze illegali)

Nei confronti del consumo di sostanze illegali l'analisi ha valutato anche la presenza di consumo nella vita (Life Time Prevalence – LTP) oltre a LYP e LMP. Inoltre, in caso di risposta affermativa al LTP veniva chiesto di indicare l'età di primo uso. Per LYP e LMP era chiesto anche di indicare la frequenza di assunzione nel periodo cui si faceva riferimento (anno e/o mese).

Le sostanze indagate sono state:

- Cannabis (hashish e/o marijuana)
- Ecstasy
- Amfetamine
- Eroina e/o altri oppiacei
- Allucinogeni (LSD, funghi, mescalina, sintetici, ketamina)
- Cocaina e/o crack
- Popper

Il questionario prevedeva anche le sostanze inalanti, ma la presenza dello specifico “popper” ha introdotto un bias non rendendo utili le informazioni su questo tipo di famiglia di sostanze.

Le prevalenze risultate su tutte le sostanze sono state sono state confrontate con i risultati dell'indagine del 2004 per evidenziare eventuali variazioni dei valori nel tempo; per il popper questo non è stato possibile in quanto non indagato in modo specifico nella precedente survey.

Per ogni sostanza è riportato

- il grafico con i risultati 2007 per classe decennale di età (azzurro = maschi; rosa = femmine) per i tre riferimenti temporali (consumo almeno una volta nella vita, consumo nell'ultimo anno, consumo nell'ultimo mese).
- due grafici di confronto tra indagine 2004 e indagine 2007. In entrambi i grafici le prevalenze sono standardizzate alla popolazione di riferimento; il primo riporta il dato generale, mentre il secondo è dettagliato per sesso.

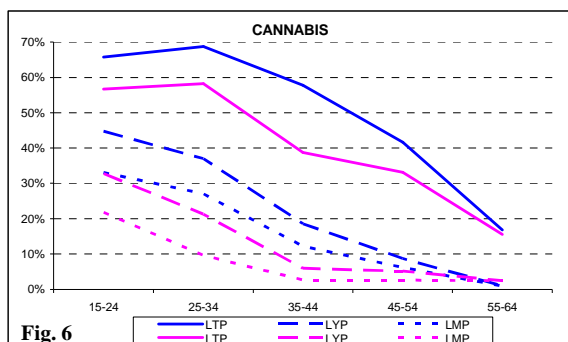


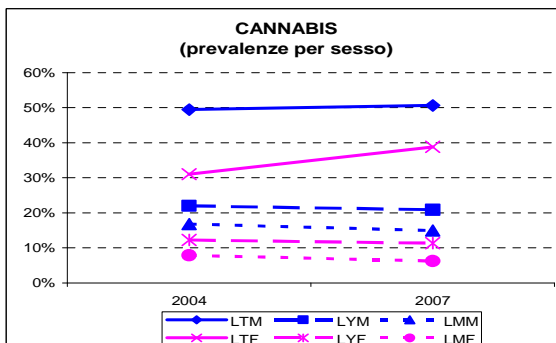
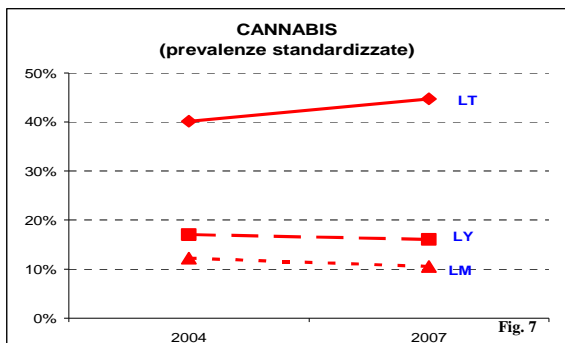
Fig. 6

Cannabis

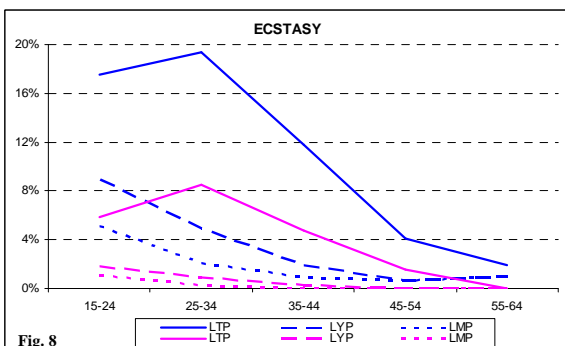
Il consumo di derivati della cannabis hanno valori generalmente sensibilmente elevati (fino al 70% per i maschi 25-34 anni – LTP) e in particolare, nei soggetti giovani, più della metà ha dichiarato di aver consumato cannabis nella vita, mentre il 40% circa lo ha fatto recentemente e il 25% circa lo ha consumato nei trenta giorni precedenti alla

compilazione dell'intervista (fig. 6).

Dalle prevalenze standardizzate 2004-2007 appare un incremento di LTP nelle femmine: gli altri valori restano pressoché invariati (fig. 7).

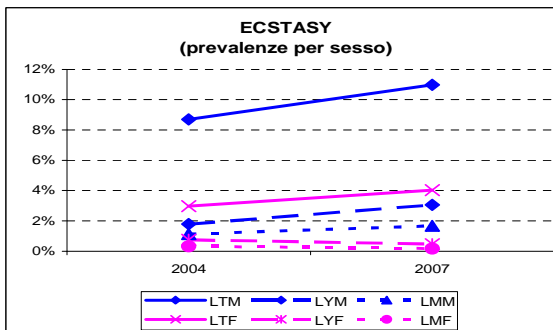
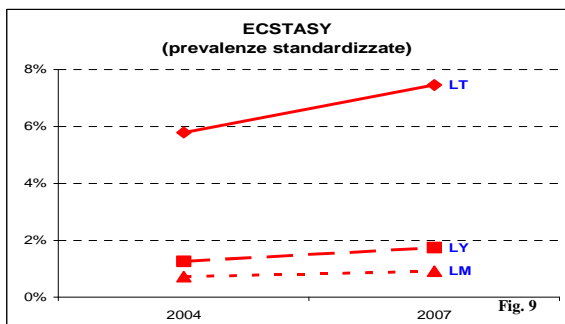


Ecstasy

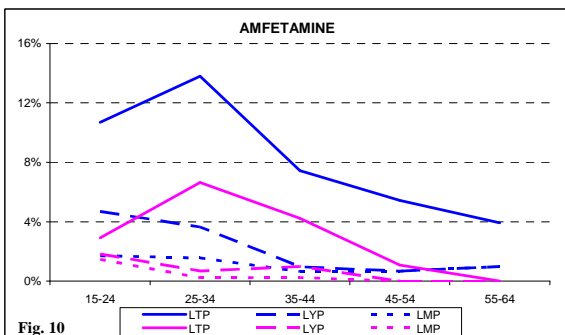


Le prevalenze sono particolarmente elevate nei maschi rispetto alle femmine, con un picco per i maschi 25-34 (LTP 19%), e valori di LYP e LMP pari a 9% e 5% per i 15-24 anni (fig. 8).

Rispetto al 2004 si nota un diffuso aumento dei valori per i maschi e una stabilità per le femmine (fig.9).

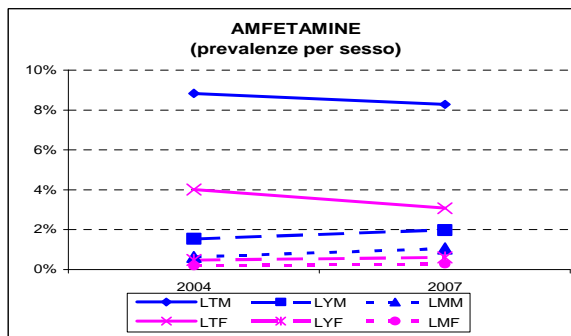
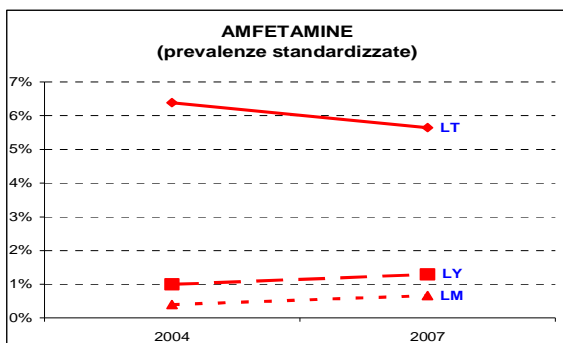


Amfetamine



Le amfetamine hanno prevalenze complessivamente inferiori rispetto agli allucinogeni di cui comunque ne rispecchiano l'andamento (fig. 10).

Il confronto con il 2004, invece, evidenzia una tendenza alla riduzione della LTP, mentre LYP e LMP sembrano in modesto aumento (fig. 11).



Oppiacei

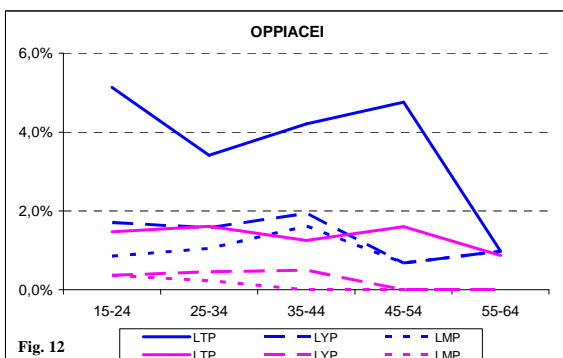


Fig. 12

Il consumo di oppiacei mostra valori di prevalenza bassi rispetto a tutte le altre sostanze (fig. 12), ma la pericolosità che deriva dall'uso di tali sostanze è ben conosciuta. Come noto dai dati SerT, il coinvolgimento dei maschi è, di norma, 4-5 volte superiore a quello delle femmine.

In particolare si nota come i giovani (15-24 anni)

dichiarino un consumo nella vita e nell'ultimo anno prossimo a quello della classe 45-54.

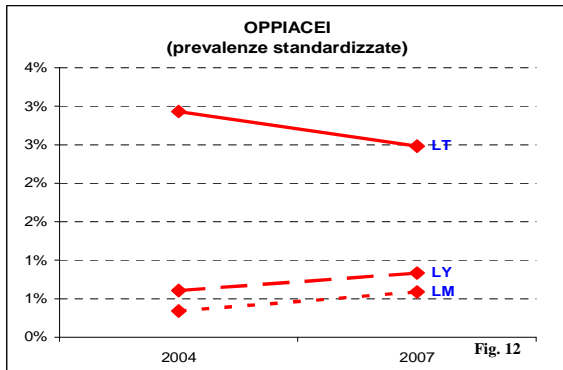
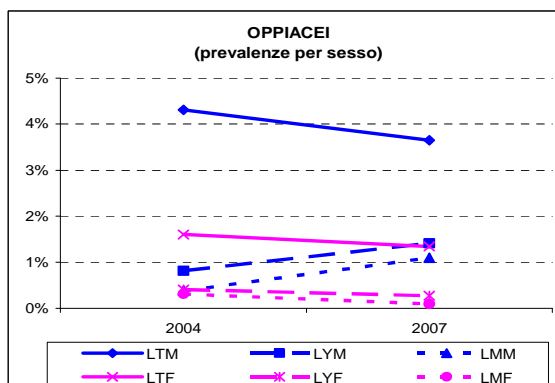


Fig. 12



Rispetto al 2004 aumentano i consumi recenti ed attuali (LYP e LMP) da parte dei maschi (fig. 12).

Allucinogeni

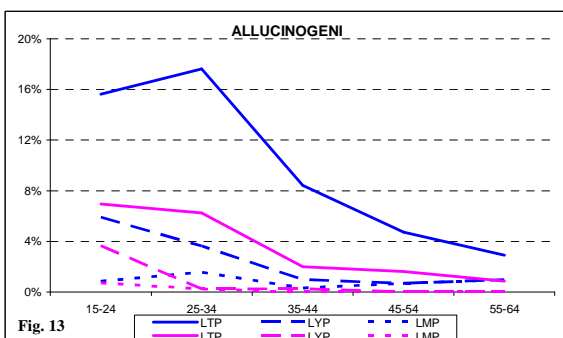
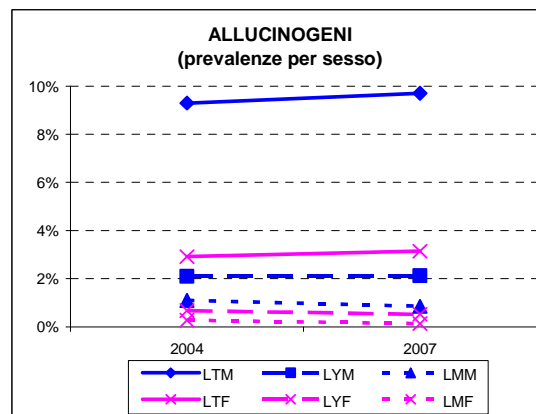
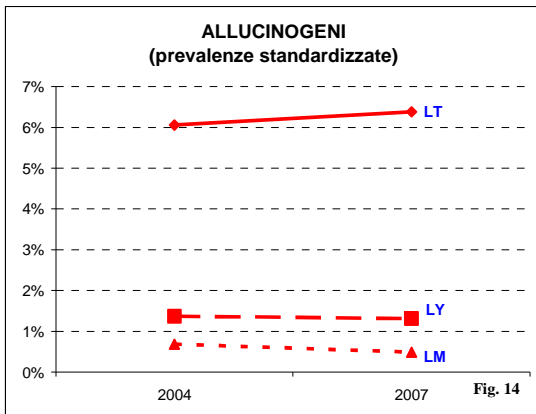
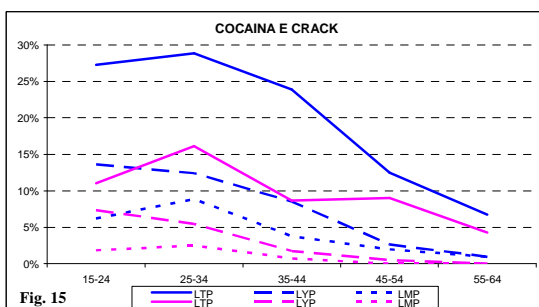


Fig. 13

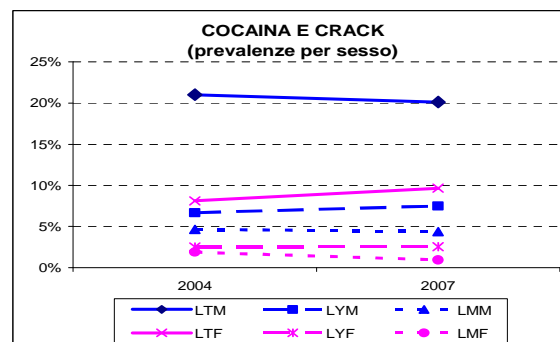
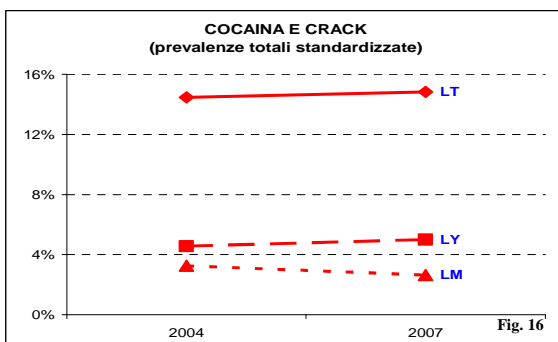
Anche gli allucinogeni condividono le osservazioni fatte per ecstasy e amfetamine, compatibilmente con la prossimità e similitudine degli effetti stupefacenti e psicotropi tipici di queste famiglie di sostanze (fig. 13). L'andamento 2004-2007 non evidenzia particolari e significative variazioni (fig. 14).



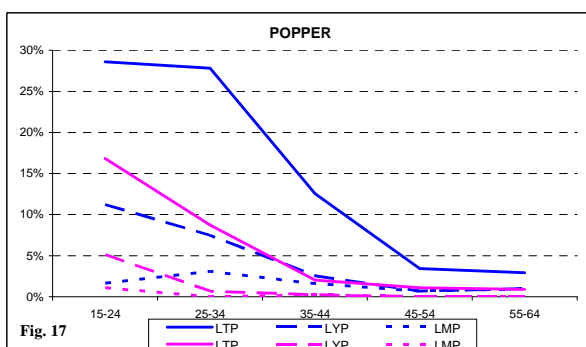
Cocaina e crack



Dopo la cannabis, la cocaina è lo stupefacente più consumato dal campione intervistato. Pur mostrando i valori più alti per la classe 25-34 anni, si nota come anche i più giovani raggiungano valori considerevoli (fig. 15). Nei confronti del 2004 si nota una modesta ma diffusa tendenza all'aumento delle prevalenze (fig. 16).



Popper



I consumi di popper non erano stati indagati nel 2004 e pertanto non è stato possibile condurre analisi e confronti con dati precedenti.

Rimane comunque evidente come questa sostanza assuma particolare rilievo nei consumi dichiarati dai più giovani (sia maschi che femmine) con valori anche maggiori rispetto alla cocaina (fig. 17).

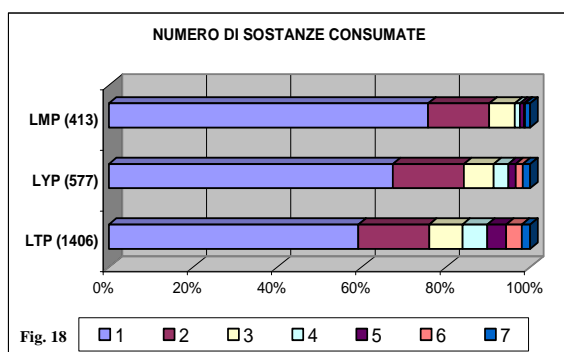
Tabella riepilogativa

Dalla visione d'insieme dei valori di prevalenza riscontrati è stato possibile classificare le sostanze indagate; la tabella che segue riporta la posizione della singola sostanza in una graduatoria ordinata dal basso verso l'alto per le tre prevalenze. L'ultima colonna è la stima standardizzata per strato (sesso e classe di età) del numero medio di soggetti della popolazione di riferimento che avrebbe consumato la sostanza nell'ultimo anno.

	Percentuale standardizzata di soggetti che hanno usato almeno una volta <u>nella vita</u>	Percentuale standardizzata di soggetti che hanno usato almeno una volta <u>nell'ultimo anno</u>	Percentuale standardizzata di soggetti che hanno usato almeno una volta <u>nell'ultimo mese</u>	Stima numero soggetti che hanno usato almeno una volta <u>nell'ultimo anno</u>	Stima numero soggetti che hanno usato almeno una volta <u>nell'ultimo mese</u>
Cannabis	44,7	16,0	10,5	~ 135.000	~ 90.000
Cocaina	14,8	5,0	2,6	~ 40.000	~ 20.000
Popper	12,3	3,2	1,0	~ 20.000	~ 7.000
Ecstasy	7,5	1,7	0,9	~ 15.000	~ 7.000
Allucinogeni	6,4	1,3	0,5	~ 10.000	~ 4.000
Amfetamine	5,6	1,3	0,7	~ 10.000	~ 5.000
Oppiacei	2,8	0,8	0,6	~ 5.000	~ 3.500

Policonsumo

Sebbene l'analisi dei dati ha evidenziato che la maggior parte del campione ha dichiarato di aver consumato solo una sostanza (cannabinoidi), il fenomeno del policonsumo assume particolare rilievo.



La fig. 18 riporta tra parentesi il numero di soggetti che hanno dichiarato il consumo di almeno una sostanza nel periodo di riferimento, mentre le barre rappresentano la distribuzione percentuale del numero di sostanze consumate nel periodo di riferimento. Come ovvio, LTP ha una maggiore frequenza di consumo multiplo rispetto a LYP e

LMP in quanto si riferisce a tutto il periodo della vita: LMP rappresenta invece un consumo multiplo e, verosimilmente, contemporaneo di diverse sostanze.

Le tabelle che seguono ci indicano la percentuale di consumo delle sostanze tra di loro. La sostanza di riferimento è riportata nella singola riga e le percentuali si riferiscono alla frequenza di consumo di uso di quella in colonna rispetto a quella di riferimento. Ad esempio, il numero di soggetti che hanno consumato cannabis nella vita ammonta a 1376 persone, e il 18% di questi ha anche consumato ecstasy nello stesso periodo di tempo (nella vita). Tutte e tre le tabelle descrivono in questo modo il fenomeno del consumo combinato.

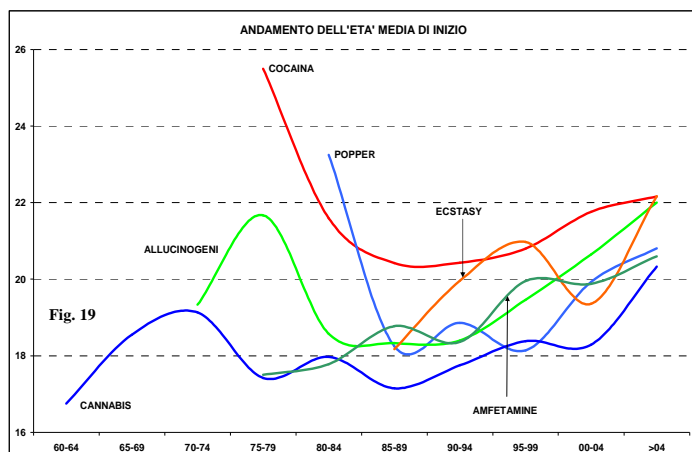
LTP	Nr.	THC	ECSTASY	AMFETAMINE	OPPIACEI	ALLUCINOGENI	COCAINICI	POPPER
THC	1376	-----	18,0%	12,9%	5,1%	15,4%	32,1%	24,4%
ECSTASY	236	97,9%	-----	52,3%	17,8%	60,1%	83,9%	69,3%
AMFETAMINE	169	97,0%	70,3%	-----	27,6%	64,8%	80,8%	67,1%
OPPIACEI	66	98,5%	64,4%	72,9%	-----	68,9%	85,9%	65,6%
ALLUCINOGENI	199	98,5%	69,8%	55,4%	23,0%	-----	83,1%	73,1%
COCAINICI	440	96,8%	48,6%	34,7%	14,2%	41,2%	-----	54,0%
POPPER	319	97,8%	50,5%	35,6%	13,4%	46,1%	68,4%	-----
LTP	Nr.	THC	ECSTASY	AMFETAMINE	OPPIACEI	ALLUCINOGENI	COCAINICI	POPPER
THC	573	-----	12,2%	7,8%	5,1%	9,9%	28,8%	17,0%
ECSTASY	61	95,0%	-----	53,7%	25,5%	58,9%	82,8%	62,1%
AMFETAMINE	43	87,8%	74,4%	-----	34,4%	67,6%	85,0%	68,4%
OPPIACEI	26	92,0%	56,5%	52,4%	-----	60,9%	75,0%	56,5%
ALLUCINOGENI	49	93,9%	70,2%	56,8%	32,6%	-----	84,8%	72,3%
COCAINICI	172	86,0%	33,6%	24,6%	13,5%	28,1%	-----	36,9%
POPPER	90	88,9%	43,4%	32,5%	16,7%	41,5%	61,9%	-----
LTP	Nr.	THC	ECSTASY	AMFETAMINE	OPPIACEI	ALLUCINOGENI	COCAINICI	POPPER
THC	379	-----	8,6%	4,7%	4,8%	5,4%	22,2%	8,3%
ECSTASY	32	86,7%	-----	44,4%	28,0%	37,0%	63,3%	51,9%
AMFETAMINE	21	73,7%	70,6%	-----	42,9%	64,7%	63,2%	50,0%
OPPIACEI	15	93,3%	53,8%	50,0%	-----	53,8%	84,6%	46,2%
ALLUCINOGENI	18	88,9%	55,6%	64,7%	46,7%	-----	68,8%	52,9%
COCAINICI	90	81,4%	26,0%	17,1%	17,2%	16,7%	-----	23,9%
POPPER	33	75,8%	45,2%	29,0%	20,7%	29,0%	51,6%	-----

La lettura dei dati in colonna indica quanto la sostanza è usata in associazione alle altre: ad esempio, il popper nel periodo riferito a LTP è usato in associazione nel 24,4% alla cannabis e 69,3% all'ecstasy.

Età inizio

Attraverso la combinazione di dati raccolti con il questionario si è dato seguito ad una indagine specifica che ha studiato l'evoluzione dinamica nel tempo dell'età di inizio uso delle singole sostanze. Il questionario, somministrato nel corso del 2007, prevedeva la raccolta dell'età anagrafica (anni compiuti) al momento della sua compilazione, e, in caso di consumo nella vita di una sostanza, l'età in cui questo è avvenuto. Si è quindi potuto risalire sia all'anno di nascita del singolo intervistato che all'anno solare in cui ha iniziato il consumo.

In questo modo si è potuto indagare la variazione della età media di inizio uso per epoche storiche.



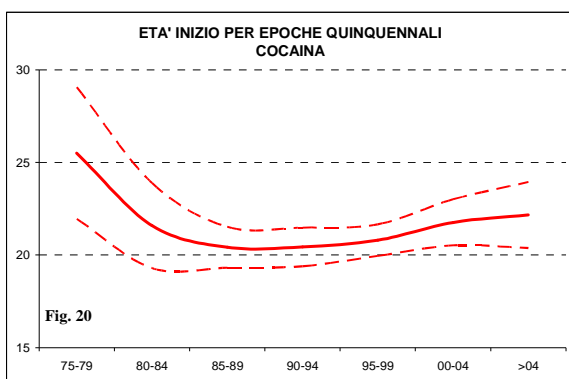
La fig. 19 riporta questa informazione per tutte le sostanze eccetto gli oppiacei: infatti, la scarsa numerosità di questi consumatori e la loro distribuzione su un lungo periodo (dagli anni '60 al 2007) ha restituito curve troppo variabili. Per questa popolazione specifica di consumatori si considera maggiormente indicativa una analisi

condotta sui dati SerT.

Il grafico rappresenta come varia l'età media nel tempo per la singola sostanza; l'origine delle curve indica l'epoca della comparsa delle sostanze nel campione intervistato. A partire dalla fine degli anni 80 le curve tendono tutte verso valori di età media comprese tra 18-20 anni, ma con il trascorrere del tempo la media tende ad aumentare spostandosi tra 20-22 anni.

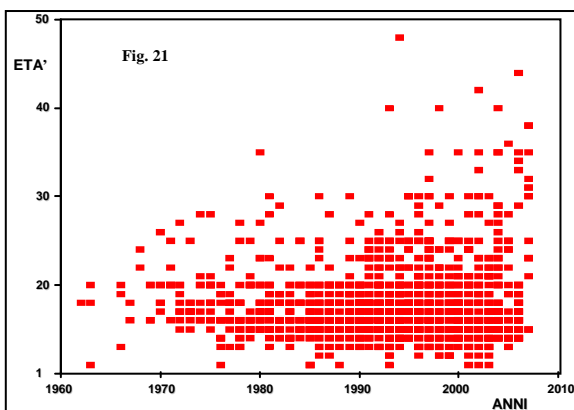
L'indagine dettagliata per singola sostanza mostra che l'aumento dell'età media di inizio dipende verosimilmente da un coinvolgimento di soggetti con età elevata mantenendo, comunque, un'importante implicazione a carico di soggetti giovani.

La fig. 20 mostra ad esempio l'evoluzione per la cocaina.



La linea continua è la media dell'età di inizio, mentre quelle tratteggiate sono i limiti di confidenza al 95% della media, cioè l'ambito di variazione della media stessa. Si nota che la distanza tra le linee tratteggiate tende ad aumentare dal 2000 in poi, specialmente per quella superiore; questo significa che a partire da quel periodo l'inizio di uso continua a coinvolgere soggetti giovani (intorno a 20 anni di età) ma è

maggiore il coinvolgimento di quelli con età maggiore (verso i 25 anni). È come se i soggetti che avevano 20 anni alla fine degli '90 e sono sfuggiti all'introduzione al consumo, sono invece poi stati coinvolti nel corso degli anni 2000 quando avevano un'età di 25 anni.



Anche per la cannabis è accaduto un fenomeno analogo (fig. 21). Il grafico a dispersione evidenzia la distribuzione dei casi che hanno iniziato il consumo di cannabinoidi ad una certa età anagrafica nei differenti periodi; come già rilevato per la cocaina, anche in questo caso si nota come nel tempo siano coinvolti nel consumo sempre più soggetti con età avanzata.

Analisi della relazione tra consumo e rischio

Il questionario prevedeva la compilazione di domande sulla presenza/assenza di problematiche sociali, sanitarie, psichiche e legali nel corso degli ultimi 12 mesi: la domanda era posta a tutti gli intervistati. La successiva presenza/assenza di consumo nello stesso periodo (ultimi 12 mesi) è stata incrociata con la presenza/assenza di problematica. In questo modo è stato possibile valutare e

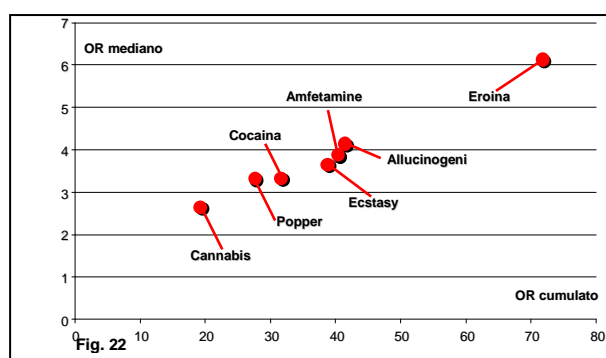
misurare la presenza/assenza di associazione tra il consumo della singola sostanza e la specifica problematica: l'analisi è stata condotta con valutazione dell'Odd Ratio (OR).

L'OR indica il coefficiente che aumenta (o diminuisce) la probabilità di relazione tra le due variabili (consumo e problematica) e la loro condizione (presenza o assenza). Ad esempio, il consumo di cannabis è in relazione a problematiche lavorative con coefficiente 1,9 (OR) il che significa che la presenza delle due condizioni aumenta del 90% l'assenza delle stesse (cioè consumare cannabis raddoppia la probabilità di avere problemi lavorativi). Un altro strumento statistico generalmente associato all'OR è il suo intervallo di confidenza (IC): rappresenta la variabilità dell'OR e di solito è considerato con una probabilità del 95%. Se i valori dei due limiti non comprendono il valore 1, assume significatività statistica. Nell'esempio precedente l'IC95% calcolato è tra 1,5 e 2,4, e pertanto la probabilità di associazione tra le due variabili è statisticamente significativa.

Sulla base di queste indicazioni sono state indagate e calcolati gli OR con C95% tra tutte le problematiche rilevate e i consumi correlati. La tabella che segue riassume i risultati ottenuti.

AREA	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Lavoro	1,9	1,5-2,4	2,4	1,5-3,9	2,6	1,5-4,7	5,3	2,8-10,0	2,3	1,3-4,1	2,8	2,0-3,8	1,7	1,1-2,8		
Giustizia	3,7	2,2-6,2	12,7	7,0-23,1	11,0	5,6-21,5	21,1	9,7-45,8	12,8	6,9-24,1	7,1	3,9-13,0	7,6	4,0-14,2		
Fisico	1,3	0,9-1,9	2,2	1,1-4,3	2,1	1,0-4,5	5,7	2,6-12,3	2,1	1,0-4,2	1,9	1,1-3,1	2,0	1,1-3,7		
Psiche	3,0	1,5-6,1	6,6	2,8-15,7	10,6	4,2-26,4	19,0	7,0-51,9	8,3	3,4-20,6	5,9	2,5-13,9	4,7	1,8-12,4		
Acting-Out	4,3	2,7-7,1	8,2	4,5-14,9	8,5	4,4-16,3	9,6	3,9-23,3	8,7	4,6-16,4	6,6	3,8-11,3	5,9	3,2-10,7		
Familiari/Parenti	2,3	1,7-3,0	2,7	1,6-4,6	2,2	1,1-4,3	4,8	2,4-9,6	2,9	1,7-4,9	3,7	2,6-5,1	2,3	1,4-3,7		
Amici	2,7	1,9-3,7	3,9	2,3-6,7	3,3	1,7-6,5	6,1	2,8-13,2	4,1	2,3-7,5	3,7	2,4-5,6	3,3	2,0-5,6		
OR mediano	2,7		3,9		3,3		6,1		4,1		3,7		3,3			
OR cumulato	19,2		38,7		40,3		71,7		41,4		31,5		27,5			

I valori medi e cumulati di OR identificano, rispettivamente, la sintesi di "pericolosità" intermedia e massima per singola sostanza rilevata nel nostro campione.

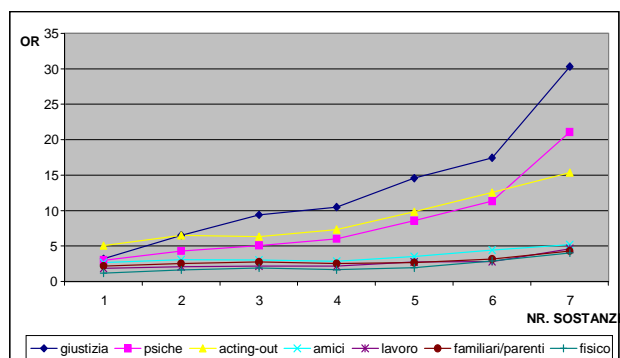


Collocando graficamente i valori medi e cumulati di OR è possibile disporre le sostanze secondo il loro gradiente e visualizzarne la posizione reciproca (fig. 22). Appare curiosa la posizione della cocaina, cui è attribuita una pericolosità analoga a quella del popper.

Come è stato già discusso, tra i soggetti che hanno usato sostanze negli ultimi 12 mesi circa un terzo ne ha assunte più di una; i precedenti valori di OR e IC aumentano in relazione al numero di sostanze consumate.

INDAGINE DI POPOLAZIONE SUL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOTROPE NELLA CITTÀ DI MILANO
SURVEY 2007

AREA	NR. SOSTANZE (OR e IC95%)						
	1	2	3	4	5	6	7
Lavoro	1,88 1,5-2,4	2,10 1,5-3,0	2,20 1,4-3,5	2,17 1,2-4,0	2,77 1,4-5,5	2,83 1,3-5,9	4,63 1,8-12,0
Giustizia	3,2 1,8-5,8	6,5 3,6-12,1	9,4 4,9-17,9	10,5 5,3-20,7	14,6 7,0-30,2	17,5 8,1-37,7	30,3 11,9-77,0
Fisico	1,2 0,8-1,8	1,6 0,9-2,9	1,9 1,0-3,6	1,7 0,7-3,9	2,0 0,8-4,9	2,9 1,1-7,3	4,0 1,2-13,4
Psiche	3,0 1,4-6,4	4,3 1,6-11,5	5,1 1,9-13,6	6,0 2,1-17,6	8,6 2,6-28,9	11,4 3,3-38,6	21,1 6,0-73,7
Acting-Out	5,1 3,0-8,6	6,5 3,8-11,3	6,3 3,4-11,9	7,3 3,6-14,7	9,9 4,6-21,3	12,6 5,8-27,5	15,4 5,7-41,1
Familiari/Parenti	2,2 1,6-2,9	2,5 1,7-3,7	2,8 1,8-4,4	2,5 1,4-4,6	2,7 1,3-5,6	3,2 1,4-7,1	4,3 1,7-11,3
Amici	2,6 1,9-3,8	3,1 2,0-4,8	3,0 1,7-5,5	2,9 1,4-6,0	3,5 1,6-7,7	4,5 2,0-9,9	5,2 1,8-15,0



I valori si OR aumentano con l'aumentare del numero di sostanze consumate in tutte le aree con modalità differenti: l'area legale è quella che più risente di questo effetto, come anche l'area psichica e quella dell'aggressività mostrano aumenti sensibili. Le rimanenti crescono meno, ma comunque raggiungono valori di OR pari a 5 in presenza di consumo di sette sostanze. Tutte le aree hanno significatività statistica già con una sola sostanza, tranne l'area riferita alle problematiche fisiche che necessita la presenza di 6 sostanze per avere il limite inferiore dell'IC oltre 1: questo verosimilmente dipende dall'effetto di aumento delle performances fisiche intrinseco a molte sostanze.

Bibliografia di riferimento

- EMCDDA *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union*, EMCDDA CT.96.EP.08, December 1997
- EMCDDA *Scientific review on the literature on estimating the prevalence of drug misuse on the local level*, EMCDDA, CT.97.EP.05
- *Assessing drug abuse within and across communities: community epidemiology surveillance networks on drug abuse*, NIDA, april 1998
- EMCDDA *Methodological Guidelines to estimate the prevalence of problem drug use on local level*, Lisbon: EMCDDA project CT.97.EP.05, December 1999.
- EMCDDA *Key epidemiological indicator: prevalence of problem drug use*. EMCDDA recommended draft technical tools and guidelines, December 2000
- EMCDDA Scientific Report. *Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys*. EMCDDA project CT.97.EP.02, Lisbon, EMCDDA, 2000.
- EMCDDA. *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002
- Cohen PDA and Kaal HL. *The Irrelevance of Drug Policy: Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen*. CEDRO / UVA 2001
- Turner CF, Lessler JT, Gfroerer JC (eds.), *Survey measurement of drug use. Methodological studies*. DHHS publication nr (ADM) 92-1992
- EMCDDA. *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in*

- the EU. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), Lisbon, EMCDDA, September 1999.*
- EMCDDA. *Relazione annuale 2007. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa.* Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali della Comunità Europea, 2007.
 - Cohen P and Sas A. *Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures.* *Addiction Research*, 2 (1), 71-94, 1994.
 - EMCDDA. *Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA databank on surveys of drug use. (Project CT.03.P1.200).* 2005
 - EMCDDA. *Technical implementation and update of the European Union databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected. (Project CT.00.EP.14).* 2002
 - Ministero della Solidarietà Sociale. *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.* 2006.

Allegato 1. Questionario



Dipartimento Dipendenze Patologiche
Osservatorio
ASL Città di Milano



Coordinamento Milanese
del Privato Sociale
per le Dipendenze

INDAGINE SULLA POPOLAZIONE MILANESE - 2007

L'Asl Città di Milano, in collaborazione con Associazioni del Privato Sociale milanese, sta conducendo un'indagine sulla popolazione del territorio del Comune di Milano per stimare la dimensione del consumo di alcune sostanze, legali e illegali.

Per soddisfare questo obiettivo, chiediamo ad una parte dei cittadini la compilazione del presente questionario **anonimo**, i cui risultati verranno rielaborati in forma statistica strettamente aggregata, in modo da corrispondere a tutti i requisiti dettati dalla legge che difende e protegge la **privacy** e la **riservatezza** dei dati personali.

Le chiediamo di rispondere alle domande che seguono segnando con una croce le risposte che più si avvicinano a quello che pensa e fa, ricordando che il questionario rimarrà strettamente anonimo. Trattandosi in qualche caso di domande delicate e personali, ma fondamentali per una buona riuscita della ricerca, si invita a rispondere con la massima sincerità, in quanto i risultati ottenuti hanno per noi una grande importanza per stabilire eventualmente delle modalità di intervento e prevenzione utili e adeguate ai bisogni dei cittadini.

La ringraziamo per la Sua disponibilità.

SEZIONE A – Caratteristiche sociali di chi risponde. (Fare una croce sulla voce

01. Sesso **Maschio** 01 **Femmina** 02

02. Età (Anni compiuti)

03. Nazionalità **1.Italiana** **2.Comunità Europea** **3.Extra Comunità Europea**

04. Qual è il suo stato civile?

Celibe/Nubile 01 Coniugato/a 02 Separato/a 03 Divorziato/a 04 Vedovo/a 05

05. Con chi ha abitato negli ultimi 12 mesi?

da solo 01	solo con dei figli 02	con coniuge (o compagno/a) 03	con coniuge (o compagno/a)+ figli 04	con genitore/i e/o altri parenti 05
con genitori e/o parenti+ figli 06	con genitori o parenti + coniuge (o compagno/a) 07	con genitori e/o parenti+ coniuge (o compagno/a)+ figli 08	comunità (religiosa, terapeutica...) 09	altro 10

06. Quale titolo di studio ha conseguito?

Nessuno 01	Elementari 02	Medie inferiori 03	Qualifica superiore (3 anni) 04	Diploma superiore 05	Laurea breve 06	Laurea 07
----------------------	-------------------------	--------------------------	---------------------------------------	----------------------------	-----------------------	--------------

07. Quale lavoro svolge attualmente? (**indichi la condizione unica o prevalente**)

Operaio 01	Impiegato 02	Insegnante 03	Commerciante 04	Artigiano 05	Agricoltore 06
Imprenditore 07	Dirigente 08	Libero professionista 09	Militare di carriera 10	In cerca di nuova occupazione 11	In cerca di prima occupazione 12
Volont. ferma breve / serv civile 13	Casalinga 14	Studente 15	Inabile al lavoro 16	Pensionato/ Ritirato dal lavoro 17	Altra occupazione 18

08. In quale zona di Milano abita?

	<input type="checkbox"/> 1. Centro Storico <input type="checkbox"/> 2. Stazione Centrale <input type="checkbox"/> 3. Città Studi, Lambrate <input type="checkbox"/> 4. Porta Vittoria, Forlanini <input type="checkbox"/> 5. Vicentina, Chiaravalle, Gratosoglio <input type="checkbox"/> 6. Barona, Lorenteggio <input type="checkbox"/> 7. San Siro, Baggio, Trenno <input type="checkbox"/> 8. Fiera, Gallaratese, Quarto Oggiaro <input type="checkbox"/> 9. Affori, Bruzzano, Comasina, Bovisasca
--	--

24. Ha mai usato sostanze diverse da quelle elencate nelle domande precedenti?

1.No	2.Si
------	------

SE HA SEMPRE RISPOSTO NO ALLE DOMANDE 23 E 24 PASSI ALLA
SEZIONE E: OPINIONI

25. Se sì, quali?

a) _____ b) _____ c) _____

26. Quanti anni aveva quando ha provato PER LA PRIMA VOLTA le sostanze di cui ha indicato il consumo alla domanda precedente?
ANNI

a. Hashish o marijuana (spinelli, erba, ...)	_____	1.Non ricordo
b. Ecstasy (pasticche ...)	_____	1.Non ricordo
c. Amfetamine (eccitanti)	_____	1.Non ricordo
d. Eroina e/o altri oppiacei (codeina, morfina, metadone,...)	_____	1.Non ricordo
e. Allucinogeni (LSD, funghi, mescalina, sintetici, ketamina)	_____	1.Non ricordo
f. Sostanze inalanti (colle, solventi, ...)	_____	1.Non ricordo
g. Cocaina e/o Crack	_____	1.Non ricordo
h. Popper	_____	1.Non ricordo

27. **NEGLI ULTIMI 12 MESI** quante volte ha fatto uso di qualcuna di queste sostanze?

		1-2 volte	3-5 volte	6-9 volte	10-19 volte	20-39 volte	40+ volte
a. Hashish o marijuana (spinelli, erba, canne...)	Mai						
b. Ecstasy (pasticche)	Mai						
c. Amfetamine (eccitanti)	Mai						
d. Eroina e/o altri oppiacei (codeina, morfina, metadone...)	Mai						
e. Allucinogeni (LSD, funghi, mescalina, sintetici, ketamina)	Mai						
f. Sostanze inalanti (colle, solventi, ...)	Mai						
g. Cocaina e/o Crack	Mai						
h. Popper	Mai						

01 02 03 04 05 06 07

28. **NEGLI ULTIMI 30 GIORNI** quante volte ha fatto uso di qualcuna di queste sostanze?

		1-2 volte	3-5 volte	6-9 volte	10-19 volte	20-39 volte	40+ volte
a. Hashish o marijuana (spinelli, erba, canne...)	Mai						
b. Ecstasy (pasticche)	Mai						
c. Amfetamine (eccitanti)	Mai						
d. Eroina e/o altri oppiacei (codeina, morfina, metadone...)	Mai						
e. Allucinogeni (LSD, funghi, mescalina, sintetici, ketamina...)	Mai						
f. Sostanze inalanti (colle, solventi, ...)	Mai						
g. Cocaina e/o Crack	Mai						
h. Popper	Mai						

01 02 03 04 05 06 07

29. Per le sostanze di cui ha indicato il consumo alle ultime due domande, quanto ha speso **MEDIAMENTE AL MESE NEL CORSO DELL'ULTIMO ANNO?**

		Nulla	Fino a 100 €	Da 100 a 500€	Oltre 500 €
a. Hashish o marijuana (spinelli, erba, ...)					
b. Ecstasy (pasticche ...)					
c. Amfetamine (eccitanti)					
d. Eroina e/o altri oppiacei come codeina, morfina, metadone					
e. Allucinogeni (LSD, funghi, mescalina, sintetici, ketamina,)					
f. Sostanze inalanti (colle, solventi)					
g. Cocaina e/o Crack					
h. Popper					

01 02 03 04

30. Come ha assunto le sostanze di cui ha indicato il consumo?

	1.Fumata	2.Iniettata
a. Amfetamine (eccitanti,...)		
b. Cocaina e/o crack		
c. Eroina e/o altri oppiacei (codeina, morfina, metadone, ecc.)		
d. Allucinogeni (LSD, funghi, mescalina, sintetici, ketamina)		
e. Altro (specificare): _____		

31. Ha mai chiesto aiuto a qualcuno per risolvere eventuali problemi legati all'uso delle sostanze per cui ha dichiarato un consumo?

a. Comunità terapeutica	1.No	2.Si
b. SerT (Servizio Pubblico per tossico-alcoldipendenze)	1.No	2.Si

c. Clinica privata / Medico privato	1.No	2.Si
d. Altro (specificare):	1.No	2.Si

SEZIONE E OPINIONI - Le persone differiscono nel disapprovare o meno certi comportamenti o nel valutarli più o meno pericolosi

32. Quali sono le Sue opinioni sui seguenti comportamenti? Segni una risposta per ogni riga

a. Bere più di due bicchieri di vino a pasto

Non disapprovo 01	Disapprovo 02	Disapprovo fortemente 03	Non saprei 04
-------------------	---------------	--------------------------	---------------

b. Fumare occasionalmente hashish o marijuana

Non disapprovo 01	Disapprovo 02	Disapprovo fortemente 03	Non saprei 04
-------------------	---------------	--------------------------	---------------

c. Provare ecstasy una volta o due

Non disapprovo 01	Disapprovo 02	Disapprovo fortemente 03	Non saprei 04
-------------------	---------------	--------------------------	---------------

d. Provare eroina una volta o due

Non disapprovo 01	Disapprovo 02	Disapprovo fortemente 03	Non saprei 04
-------------------	---------------	--------------------------	---------------

e. Provare cocaina una volta o due

Non disapprovo 01	Disapprovo 02	Disapprovo fortemente 03	Non saprei 04
-------------------	---------------	--------------------------	---------------

33. Nelle domande che seguono desideriamo conoscere la Sua opinione circa il danno fisico o di altro tipo che la gente si può procurare facendo certe cose. Segni una risposta per ogni riga

a. Bere più di due bicchieri di vino a pasto a mio parere è:

Non pericoloso 01	Poco pericoloso 02	Moderatamente pericoloso 03	Molto pericoloso 04
-------------------	--------------------	-----------------------------	---------------------

b. Fumare occasionalmente hashish o marijuana a mio parere è:

Non pericoloso 01	Poco pericoloso 02	Moderatamente pericoloso 03	Molto pericoloso 04
-------------------	--------------------	-----------------------------	---------------------

c. Provare ecstasy una volta o due a mio parere è:

Non pericoloso 01	Poco pericoloso 02	Moderatamente pericoloso 03	Molto pericoloso 04
-------------------	--------------------	-----------------------------	---------------------

d. Provare eroina una volta o due a mio parere è:

Non pericoloso 01	Poco pericoloso 02	Moderatamente pericoloso 03	Molto pericoloso 04
-------------------	--------------------	-----------------------------	---------------------

e. Provare cocaina una volta o due a mio parere è:

Non pericoloso 01	Poco pericoloso 02	Moderatamente pericoloso 03	Molto pericoloso 04
-------------------	--------------------	-----------------------------	---------------------

34. Quanto sarebbe disposto a spendere AL MESE per curare un suo eventuale problema di consumo di

a. Alcolici	Nulla	Fino a 100 €	Da 100 a 500€	Oltre 500 €
b. Droghe	Nulla	Fino a 100 €	Da 100 a 500€	Oltre 500 €

35. A quale delle seguenti strutture si rivolgerebbe per curare un eventuale problema di consumo di droghe o alcol

a. Comunità terapeutica	1.No	2.Si
b. SerT (Servizio Pubblico per tossico-alcoidipendenze)	1.No	2.Si
c. Clinica privata / Medico privato	1.No	2.Si
d. Altro (specificare):	1.No	2.Si

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE



Responsabile della ricerca

Dott. Roberto Mollica

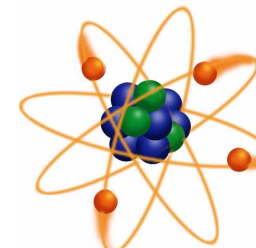
Osservatorio Dipartimento delle Dipendenze

Via Darwin 20 – Milano

Tel 02.85782457

rmollica@asl.milano.it

IN COLLABORAZIONE CON



**Coordinamento Milanese
del Privato Sociale
per le Dipendenze**

