ISSN 1681-6358

Focus sulle droghe

Misurare la prevalenza e l'incidenza del consumo di stupefacenti

O.E.D.T.
Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze

Briefing 3 bimestrale

Indicatori per la politica di prevenzione nell'UE

Ridurre la prevalenza del consumo di stupefacenti tramite la prevenzione è una componente chiave di molte politiche attuate a livello locale, nazionale ed internazionale. La strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004) intende innanzitutto ridurre in misura rilevante, nell'arco di cinque anni, la prevalenza del consumo di stupefacenti e il numero di nuovi consumatori, soprattutto tra i minori di 18 anni.

Il piano d'azione dell'UE sulle droghe, che traduce questa strategia in azioni concrete, identifica delle priorità nel perseguimento di questo obiettivo. Tali priorità includono: programmi di prevenzione del consumo di droghe, sia lecite che illecite, particolarmente attraverso la scuola e l'assistenza ai genitori; un'azione allargata all'esclusione sociale ed alla delinquenza; l'offerta di alternative positive alla droga rivolte ai giovani; approcci innovativi per prevenire il consumo di droghe sintetiche.

Il piano d'azione fa appello anche all'OEDT per contribuire a misurare i progressi fatti nel raggiungimento degli obiettivi.
Per questo primo obiettivo, l'agenzia utilizza gli indicatori della prevalenza del consumo di stupefacenti, un insieme di standard che consentono ai vari paesi di misurare il fenomeno in maniera comparabile. Si tratta di una parte di un pacchetto di cinque indicatori epidemiologici sviluppati dall'OEDT ed ora applicati dagli Stati membri dell'UE.

In questo briefing si vogliono sviluppare due questioni interconnesse circa l'utilizzo di indicatori epidemiologici per monitorare la prevalenza del consumo di stupefacenti:

- Quali sono i migliori indicatori per misurare e monitorare i progressi verso il primo obiettivo dell'UE, quello di ridurre la prevalenza del consumo di stupefacenti?
- Che cosa possono dirci di importante sul piano politico tali indicatori, in particolare sulle attività di prevenzione menzionate nel piano d'azione dell'UE?

La strategia ed il piano d'azione sulle droghe dell'UE, e come l'OEDT possa aiutare a monitorare gli obiettivi ivi delineati, sono illustrati in dettaglio nel documento *Making the most of the EMCDDA*, un briefing destinato ai responsabili decisionali che operano nel campo degli stupefacenti [1].

«Le informazioni e la loro valutazione sono il nucleo centrale di un'efficace strategia dell'UE in materia di droghe. Gli indicatori della prevalenza e dell'incidenza del consumo di stupefacenti sono di importanza vitale se i responsabili decisionali vogliono elaborare un'azione che sia realmente efficace, specialmente per proteggere i nostri giovani vulnerabili dai problemi legati alla droga».

MIKE TRACE, PRESIDENTE, CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELL'OEDT

Definizioni

La *prevalenza* indica quanti sono i tossicodipendenti in un paese o in una comunità e come essi si distribuiscono attraverso la popolazione. Tale misura è utile per valutare se le risposte esistenti sono rapportate alle dimensioni del problema e se esse sono rivolte ai segmenti della popolazione interessati.

L'*incidenza* indica quanti si avvicinano agli stupefacenti per la prima volta. È utile per tarare le attività di prevenzione e per monitorare il numero di nuovi consumatori, come previsto dalla strategia e dal piano d'azione dell'UE. Le informazioni riguardanti le circostanze associate con l'incidenza, e le relative variazioni, sono di particolare interesse per le attività di prevenzione.

Punti di discussione

1. **Qual è l'indicatore più utile per monitorare la prevalenza del consumo di stupefacenti nella popolazione in generale?**
2. **Qual è il valore delle indagini condotte nelle scuole per monitorare il consumo di stupefacenti tra i giovani?**
3. **La soglia «sotto i 18 anni» è appropriata per monitorare la prevalenza ed il numero di nuovi consumatori fra i giovani?**
4. **Gli indicatori della prevalenza possono dirci quante sono le persone che, avendo provato degli stupefacenti, continuano a farne uso?**
5. **Ci sono persone che presentano un rischio più elevato di altre a fare un uso continuato, o più intensivo, di stupefacenti?**
6. **Come si collegano questi temi alla politica di prevenzione del consumo di stupefacenti?**

Indicatori di prevalenza e di incidenza: panoramica

1. L'uso corrente, il migliore indicatore

La prevalenza una tantum è un indicatore cumulativo del numero complessivo di persone che hanno provato la droga, fra cui molti in un lontano passato. Per definizione, tale uso non può essere annullato.
Ciò significa che la prevalenza una tantum nell'ambito della popolazione in generale non può diminuire velocemente, a prescindere dal numero delle persone che smettono di far uso di stupefacenti o che non cominciano neppure. Ne segue che un eventuale rapido calo è probabilmente dovuto a fattori metodologici — come cambiamenti nei comportamenti sociali o domande diverse inserite nell'indagine — piuttosto che ad un calo della prevalenza.

Piuttosto che scendere, la prevalenza una tantum tende a salire di anno in anno, a prescindere dalle tendenze riguardanti l'uso corrente. Le persone più anziane, che erano giovani prima che il consumo di stupefacenti aumentasse nell'arco degli ultimi 30 anni, superano il limite d'età della fascia di popolazione considerata, 15-64 anni, e vengono sostituite da generazioni più giovani il cui tasso d'uso è più elevato.

Pertanto, pur essendo valida per altre finalità, la prevalenza una tantum non dovrebbe essere utilizzata per monitorare l'obiettivo di ridurre la prevalenza dell'uso di stupefacenti nella popolazione in generale. Un indicatore più appropriato è quello che riflette più strettamente i livelli correnti di uso, per esempio nell'ultimo anno o nell'ultimo mese.

Dalle indagini sulla popolazione emerge che circa 50 milioni di persone nell'UE hanno provato una droga illecita in un qualche momento della propria vita. Questo equivale ad una prevalenza una tantum di circa il 20 % della popolazione dell'UE di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, uno su cinque. Tuttavia, soltanto il 7 % circa ha fatto uso di una droga illecita nell'ultimo anno ed ancor meno, forse il 4 % o 10 milioni circa di persone, sono consumatori correnti (nell'ultimo mese) [2] (cfr. grafico 1).

2. Indagini nelle scuole, un indicatore valido

Le indagini nelle scuole vengono comunemente utilizzate per avere un quadro specifico del consumo di stupefacenti e dei fattori ad esso correlati tra i ragazzi [3]. Un'indagine tipica potrebbe portare alla conclusione che il 25 % degli studenti di 15-16 anni ha provato droghe illecite. A prima vista, questo dato non è molto diverso dalla popolazione nel suo insieme. Ma, a questa età, è più probabile che le droghe siano state sperimentate di recente.

Inoltre, le indagini che coprono una fascia di età più ampia mostrano di solito livelli minimi di esperienza di droga attorno all'età di 11-12 anni, che possono aumentare ad oltre il 40 % verso i 18 anni. Questo significa che il dato sul consumo di stupefacenti da parte degli adolescenti è molto sensibile al dato sull'età: nell'arco di 12 mesi fino ad un 10 % circa può far uso di stupefacenti per la prima volta, soprattutto cannabis. In questo gruppo, la prevalenza una tantum *può* essere un'utile misura, poiché il gradiente dell'età riflette l'incremento dell'esperienza di droga durante l'adolescenza (cfr. grafico 2).
Ma, anche in questo caso, la prevalenza corrente risulta inferiore all'esperienza una tantum e soltanto una minoranza segnala un uso regolare o frequente.

Un'ulteriore avvertenza è data dal fatto che, dopo i 15 o i 16 anni, una sempre minor porzione di studenti è coperta da indagini condotte nelle scuole. Questo rende più difficile misurare in maniera attendibile quello che accade durante i periodi di transizione dall'adolescenza all'età adulta.

«Cercare di formulare una politica efficace sugli stupefacenti senza una stima accurata della loro prevalenza ed incidenza è come comandare una barca senza timone».

GEORGES ESTIEVENART
DIRETTORE DELL'OEDT

3. I giovani devono essere oggetto di indagine anche oltre i 18 anni

Come già rilevato, le indagini nelle scuole mostrano un rapido aumento dell'esperienza di uso di stupefacenti durante l'adolescenza, indicando anche un'età media di 15 anni, o ancora meno, alla quale gli studenti fanno uso di droga per la prima volta. Ciò sembra confermare la precoce età dei consumatori di stupefacenti e suggerisce che occorre dare la priorità alla riduzione della prevalenza e dell'incidenza tra i minori di 18 anni.

Ma le apparenze possono essere fuorvianti. Limitando la fascia di età, le indagini nelle scuole escludono per definizione il consumo di stupefacenti o l'iniziazione alla droga al di fuori di questa fascia. Inevitabilmente, questo indica un'età artificialmente bassa del momento in cui avviene tipicamente l'inizio del consumo. Le indagini condotte nell'ambito di una popolazione più vasta mostrano che l'età media di prima assunzione, anche della cannabis, è solitamente attorno ai 18 anni e che i tassi di prevalenza più elevati si hanno spesso *dopo* che i ragazzi hanno lasciato la scuola, per esempio, tra chi ha 20-24 anni. Questo è particolarmente vero per le droghe diverse dalla cannabis, per esempio ecstasy, cocaina o eroina.

Grafico 1 — Il consumo di stupefacenti nella popolazione generale di età compresa tra i 15 ed i 64 anni (UE e Norvegia)

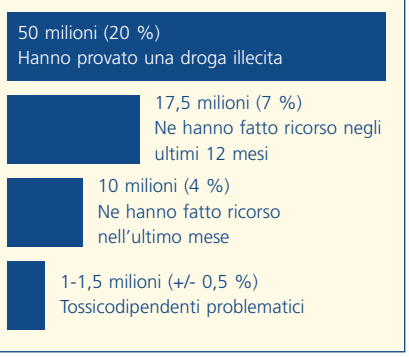
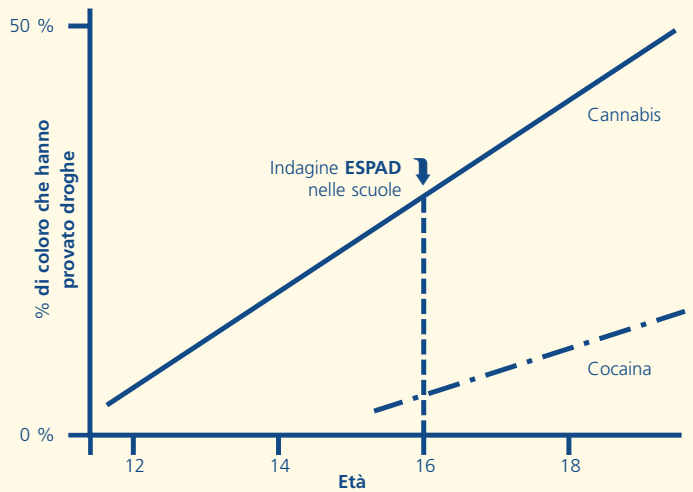


Grafico 2 — «Gradiente dell'età»

Rappresentazione schematica dell'incremento progressivo della prevalenza una tantum del consumo illecito di stupefacenti negli anni dell'adolescenza



Ciò suggerisce che, per quanto utili possano essere le indagini nelle scuole, la soglia a 18 anni è troppo bassa per monitorare la prevalenza e l'incidenza del consumo di stupefacenti tra i giovani nell'UE. Una soglia a 25 anni sarebbe più adeguata.

4. Monitorare la minoranza che continua a far uso di stupefacenti col passare degli anni

Livelli elevati di uso di droghe tra i giovani fanno insorgere delle domande: fino a che punto si tratta di una fase di passaggio? Alcune droghe fanno registrare forse tassi di uso continuato più elevati? La risposta migliore si ha monitorando gruppi di giovani nell'arco di parecchi anni, ma un'indicazione molto approssimativa si può avere confrontando l'uso corrente di vari stupefacenti nell'ambito di una determinata popolazione rispetto alla popolazione totale che ne ha fatto uso una volta nell'arco della vita (il tasso di uso continuato).

Da tutte le indagini sul consumo di stupefacenti emerge che i livelli correnti di uso sono molto inferiori a quelli dell'esperienza nell'arco della vita. Alcuni studi [4] suggeriscono che i tassi di uso continuato più elevati si hanno per le sigarette (circa la metà di chi ha fumato una volta continua a fumare) e specialmente per l'alcol, dove il dato è superiore a tre quarti. I tassi di uso continuato per le droghe illecite sono considerevolmente inferiori, per esempio il 20 % o ancora meno.

Questo significa che la maggior parte di coloro che fanno uso di droghe illecite o lo fa per sperimentarle o per un periodo limitato in gioventù. Si smette per svariate ragioni legate al fatto di «crescere», quali un lavoro regolare, il matrimonio, i figli, le responsabilità di gestione economica, ecc. Tuttavia, se le circostanze sociali continuano ad indurre al consumo di stupefacenti, e se questi ultimi sono di facile reperibilità, l'uso può prolungarsi. Ma la percentuale che continua a far uso di stupefacenti con regolarità o in maniera intensiva è relativamente modesta. Non è facile misurare mediante indagini la prevalenza del consumo grave e problematico di stupefacenti, per cui sono necessarie stime tecniche specifiche [5].

5. Ci sono persone che sono maggiormente a rischio?

Molti studi [6] hanno cercato di scoprire se alcune persone corrono maggiormente il rischio di fare un uso continuato o più intensivo di stupefacenti. Il fatto che il quadro sia complesso e non del tutto coerente non sorprende. Emerge tuttavia che, tra i giovani, l'uso di droghe di tipo sperimentale e di natura intermittente è in gran parte strettamente collegato alla curiosità, a comportamenti e stili di vita di tipo imitativo all'interno del gruppo, nonché alla reperibilità ed alle occasioni favorevoli (cfr. tabella). Il consumo di stupefacenti può essere visto come parte del «normale» processo di crescita e, come altri comportamenti giovanili, tende ad attenuarsi o scomparire con il passare del tempo.

Un uso di droghe più intensivo e problematico tende ad essere associato a difficoltà di carattere individuale e familiare, nonché a circostanze socioeconomiche avverse. Si tratta di fattori simili a quelli che spesso si trovano collegati ad altri problemi sociali, come la malattia mentale o la criminalità. Si può sostenere anche che, con il diffondersi del consumo di stupefacenti nell'ambito della popolazione in generale, la probabilità che le persone che hanno questi altri problemi si ritrovino pesantemente coinvolte nel mondo della droga è maggiore.

Tabella — Fattori di rischio associati al consumo problematico di stupefacenti, diversi da quelli associati al consumo di stupefacenti di per sé

Fattori di rischio associati al consumo di stupefacenti

- Età: il consumo aumenta fino ai 25 anni circa, poi diminuisce
- Sesso: il consumo è solitamente più elevato tra i maschi, anche se non sempre c'è molta differenza tra uomini e donne
- Stili di vita fuori di casa: bar, discoteche, feste private
- Precocità: iniziazione, ad un'età più bassa della media, al comportamento «adulto» in genere: sesso, fumo, alcol e droghe
- Reddito disponibile più elevato (in alcuni studi anche la disoccupazione è un fattore di rischio)
- Ambiente urbano: più elevato per le droghe illecite, ma non per alcol, tabacco, medicine, solventi, un po' meno per la cannabis nei paesi dove il consumo è storicamente più usuale
- Aree ad elevata prevalenza e reperibilità di droghe
- Immagine positiva dell'uso di droga tra i coetanei
- Uso di alcol o tabacco
- Uso di sostanze nell'ambiente familiare

Fattori di rischio associati al consumo problematico di stupefacenti

- Caratteristiche individuali: fra cui genetiche, metaboliche e della personalità
- Famiglia disgregata/con carenze educative
- Basso status socioeconomico/marginalità sociale/disoccupazione
- Altri problemi sociali e psicologici: difficoltà scolastiche precoci, basso livello di autostima, depressione
- Età precoce del primo uso: specialmente associato ad altri problemi scolastici
- Ripetuta esposizione alla reperibilità di droghe, specialmente all'interno di gruppi vulnerabili, che presentano altri fattori di rischio
- Mancanza di informazioni chiare e pertinenti sui rischi per la salute

6. Implicazioni per la politica di prevenzione

Quanto precede riflette due opzioni strategiche di fondo della politica di prevenzione del consumo di stupefacenti. Si può trovare un parallelo con le politiche riguardanti l'uso di alcolici. O si cerca di tagliare in genere il consumo di alcolici pro capite, oppure ci si concentra sui forti bevitori o sui rischi specifici, come la guida in stato di ebbrezza.

Un approccio al problema della droga è quello di mirare a ridurre il consumo di stupefacenti in tutta la popolazione, in particolare tra i giovani. La logica è quella di ridurre il numero delle persone a rischio di fare un uso più intensivo e/o di problematiche. L'altra opzione consiste nel mettere meno enfasi nella prevenzione del consumo di stupefacenti di per sé — dato che il consumo di stupefacenti è in gran parte di intensità e durata limitata e, in ogni caso, scende con l'età — e di concentrarsi piuttosto sui gruppi e sugli ambienti ad alto rischio. Questo implicherebbe attribuire una priorità più elevata ad approcci innovativi ai giovani a rischio, affrontando l'esclusione sociale, la delinquenza ed il reinserimento nella società dei tossicodipendenti.

L'equilibrio tra questi elementi dipende dalle circostanze locali o nazionali ma, chiaramente, i diversi indicatori riflettono aspetti diversi rispetto a quello che si intende per «prevalenza del consumo di stupefacenti».

Conclusioni

Indicatori di prevalenza e di incidenza: elementi di riflessione

Il presente briefing riassume il pensiero corrente sull'uso degli indicatori della prevalenza e dell'incidenza a sostegno delle decisioni politiche dell'UE in materia di prevenzione del consumo di stupefacenti e suggerisce alcune fonti ulteriori per chi volesse saperne di più. Le seguenti conclusioni potrebbero influenzare le future considerazioni politiche.

1. **Per monitorare il livello del consumo di stupefacenti nella popolazione in generale, occorrerebbe considerare l'uso recente o corrente, piuttosto che la prevalenza una tantum.**
2. **Le indagini nelle scuole sono utili per monitorare lo sviluppo della prevalenza dell'esperienza di droghe tra gli studenti, purché si tenga conto del fatto che il consumo di stupefacenti cresce rapidamente con l'età e, dopo i 15-16 anni, queste indagini non coprono più segmenti importanti della popolazione giovanile.**
3. **È più appropriato concentrarsi sui giovani che hanno meno di 25 anni piuttosto che limitare l'indagine a chi ha meno di 18 anni. I livelli più elevati di consumo di stupefacenti, nonché tassi rilevanti di primo uso, si osservano spesso dopo il compimento del 18° anno.**
4. **Soltanto una minoranza continua a far regolarmente uso di stupefacenti più avanti nella vita. La maggior parte delle persone che provano la droga lo fanno in via sperimentale o intermittente, oppure per un periodo di tempo limitato.**
5. **La percentuale relativamente modesta di tossicodipendenti che continua a fare un uso di droga più intensivo e/o problematico, manifesta spesso altri problemi di carattere personale o sociale che li espone ad un rischio più elevato.**
6. **Le strategie e le azioni in materia di prevenzione del consumo di stupefacenti dipendono dal fatto di dare o meno priorità alla riduzione generalizzata del consumo di stupefacenti oppure ai fattori di rischio che portano ad un uso continuato, potenzialmente problematico.**

Fonti principali

[1] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Making the most of the EMCDDA,* OEDT, Lisbona, 2001 (http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb00_en.PDF).

[2] Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), *Relazione annuale 2001 sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea,* Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, Lussemburgo, 2001, capitolo 1 (cfr. anche relazioni nazionali Reitox 2001 e tabelle statistiche standard).

[3] Consiglio svedese di informazione su alcol ed altre droghe (CAN) e gruppo di cooperazione in materia di lotta contro la droga ed il traffico illecito (gruppo Pompidou), *The 1999 ESPAD report* (progetto europeo di indagini scolastiche sull'alcol ed altre droghe), Stoccolma, 2000.

[4] Abraham, M.D., Cohen, P.D.A., van Til, R-J., Langemeijer, M.P.S., *Licit and illicit drug use in Amsterdam – III: Developments in drug use 1987–1997,* CEDRO, Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1998.

[5] Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT) (2000), «Prevalence and patterns of problem drug use» (http://www.emcdda.org/situation/themes/problem_drug_use.shtml).

[6] Lloyd, C. (1998), «Risk, vulnerability and problem drug use: identifying high-risk groups» in *Drugs: education, prevention and policy,* 5, pagg. 217-232, 1998.

Informazioni web

Strategia e piano d'azione dell'UE in materia di droga (2000-2004)
http://www.emcdda.org/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml

Indicatori epidemiologici principali utilizzati dall'OEDT
http://www.emcdda.org/situation/methods_tools/key_indicators.shtml

Domanda ed offerta di stupefacenti, *Relazione annuale 2001* (capitolo 1)
http://annualreport.emcdda.org/multimedia/Annual_Report_2001/ar01_it.pdf

Dati sulla prevalenza (EMCDDA *2001 Annual report* data library)
http://annualreport.emcdda.org/en/sources/index.html

Focus sulle droghe è una serie di briefing pubblicati dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona. I briefing sono pubblicati sei volte l'anno nelle 11 lingue ufficiali dell'Unione europea e in norvegese. La versione originale è in inglese. È possibile scaricare i briefing dal sito web dell'OEDT: (http://www.emcdda.org). La riproduzione è autorizzata, con citazione della fonte. L'abbonamento gratuito può essere richiesto all'indirizzo e-mail (info@emcdda.org). Per aggiornamenti su nuovi prodotti iscriversi sulla homepage dell'OEDT.

EDITORE UFFICIALE: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2002

DIRETTORE ESECUTIVO: Georges Estievenart
REDATTORI: Kathy Robertson, John Wright
AUTORE: Richard Hartnoll
GRAFICA: Dutton Merrifield, Regno Unito
Printed in Italy