

Osservatorio Epidemiologico della Difesa

Bollettino Epidemiologico della Difesa #7



Il fenomeno delle dipendenze nelle Forze Armate

The addictions in Armed Forces

Maria Annunziata Favasuli *

Raffaele Vento °

Claudio De Angelis ·

Anna Rocchetti †

Angelo Di Pietro §

Aspetti generali

Con il termine di tossicodipendenza l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce una malattia ad andamento cronico recidivante che spinge l'individuo, in maniera più o meno coatta, ad assumere sostanze (droghe) a dosi crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza. (1)

In aderenza ai moderni enunciati della neurobiologia (2) la tossicodipendenza e l'alcolismo sono dei disordini comportamentali "appresi", indotti dall'uso cronico di qualsiasi sostanza

stupefacente e alla cui base sono presenti precise alterazioni di specifici meccanismi omeostatici responsabili dell'alterazione dei sistemi della gratificazione e della motivazione al cambiamento; l'assunzione di sostanze che generano un danno fisico, psicologico, affettivo, emotivo o sociale è considerata una sindrome bio-psico-sociale per il complesso intreccio etiologico dei fattori che ne stanno alla base.

Numerose comunque sono le definizioni che riguardano il fenomeno della tossicodipendenza, nessuna ne satura la complessità in un quadro di enunciati logicamente coerenti, tanto che oggi si ricorre al termine di "Addiction" per riferirsi, oltre

che alla dipendenza fisica e chimica dell'organismo da una sostanza, ad una tendenza coattiva a ricercare un oggetto-sostanza e/o una situazione nei cui confronti la persona non è in grado di esprimere alcuna possibilità di libera scelta.

Addiction è un termine che deriva dal latino *addictus* e che fa riferimento a una condotta attraverso cui un individuo viene reso schiavo (3) in tal senso esprime la condizione di assenza di libertà che connota le varie forme di dipendenza patologica.

Nel 1952, il comitato dell'OMS per i farmaci che producono tossicomania propose una distinzione tra tossicomania e abitudine.

* Psicologa, Consulente Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Igesan - Roma.

° T. Col. CC RTL (me) - Capo Sezione Epidemiologia - Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Igesan - Roma.

· Col. CSArn - Direttore Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Igesan - Roma.

† Dott.ssa - Capo Sezione Statistica - Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Igesan - Roma.

§ I Mar. O.S. San., - Addetto Sezione Epidemiologia - Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Igesan - Roma.

La tossicomania (addiction) venne definita come uno stato di intossicazione periodica o cronica prodotto dalle ripetute assunzioni di una sostanza, naturale o sintetica, caratterizzato da:

- 1) un irresistibile desiderio o bisogno di continuare ad assumere la sostanza e a procurarsela con ogni mezzo;
- 2) una tendenza ad aumentare la dose;
- 3) una dipendenza psichica (psicologica) e di solito fisica nei confronti degli effetti della sostanza;
- 4) conseguenze dannose per l'individuo e la società.

Vi erano dunque tre proprietà da attribuire ad una sostanza di modo da poterla considerare capace di generare la tossicomania (addictive-drug): produrre tolleranza, cioè essere assunta in dosi progressivamente crescenti per ottenere il risultato desiderato, produrre sintomi di astinenza ed infine accompagnarci al desiderio spasmodico di ottenerla.

Se l'individuo non può, per varie ragioni, assumerla, egli soffrirà della sindrome di astinenza, i cui sintomi variano da una sostanza all'altra. Così, il soggetto che usa assumere la morfina svilupperà per essa un desiderio irrefrenabile, dovuto non solo agli effetti che quella procura ma anche alla paura della sindrome di astinenza.

In quanto dannosa per le gravi ricadute sul versante psico-sociale, la condotta dipendente è stata indagata da vari vertici teorico-disciplinari con presupposti epistemologici diversi e differenti metodiche.

Riportiamo in questa sede, a scopo di breve inquadramento, le attuali formulazioni psicodinamiche per la comprensione del fenomeno delle dipendenze e gli studi che evidenziano i meccanismi neurobiologici correlati all'addiction.

Le recenti formulazioni teoriche

centrano il loro interesse sui "processi psichici" alla base dei comportamenti additivi (dalle sostanze psicotrope, dal sesso, dal cibo, da internet, ecc.). In particolare, diversi studiosi, come Goodman, Khantzian, Dodes, Taylor (4-5), hanno rivolto la loro attenzione al deficit della regolazione degli affetti, che considerano come uno dei fattori nucleari che accomunano il disturbo da uso di sostanze agli altri comportamenti compulsivi quali l'alcolismo, il gioco di azzardo, i disturbi del comportamento alimentare, le dipendenze sessuali e quelle che vengono definite dipendenze affettive o tossicomanie oggettuali (ovvero la ricerca incessante di esperienze sentimentali e di stati di innamoramento).

Il costrutto di riferimento alla base della variabilità dei comportamenti additivi è così esplicitabile: definiamo come dipendenza patologica una forma morbosa caratterizzata dall'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento; uno stato mentale disfunzionale caratterizzato da un sentimento di incoercibilità e dal bisogno coatto di essere reiterato con modalità compulsive; ovvero una condizione invasiva in cui è presente il fenomeno del *craving*, (6) nell'ambito di un abitudine incontrollabile e irrefrenabile che causa un disagio clinicamente significativo.

"Tale definizione ci consente di muoverci più agevolmente rispetto ad una comprensione dei fenomeni di *addiction*, attraverso una visione multifocale e dimensionale in cui al di là dell'apparente diversità delle manifestazioni cliniche possono essere indagati i processi evolutivo-relazionali e psicodinamici comuni che stanno a fondamento delle differenti espressioni della dipendenza patologica" (7).

Per quanto attiene l'abitudine (habituation) sebbene riguardi una condizione di ripetuta assunzione di una sostanza non esprime tuttavia quelle complesse dinamiche a cui si connette la dipendenza e che possiamo sussumere nella dimensione dell'incoercibilità e della ripetizione compulsiva.

C'è nell'abitudine un desiderio (ma non una coazione) a continuare ad assumere la sostanza per il senso di accresciuto benessere che essa produce ma con scarsa o nessuna tendenza ad aumentare la dose; ne risulta un certo grado di dipendenza psichica all'effetto della sostanza ma non vi si associa mai la fenomenologia della dipendenza fisica dunque non esitando mai in una vera e propria sindrome di astinenza.

Un punto di vista utile alla diagnosi di tossicomania risulta dunque essere l'analisi del comportamento di ricerca della sostanza da parte del singolo individuo che ne fa uso: un comportamento rigidamente orientato alla ricerca della sostanza dalla quale la persona dipende, come dicevamo, per il mantenimento di un senso di omeostasi psicoaffettiva.

E' la coartazione dello scenario esistenziale della persona, la perdita di interessi e di legami con la realtà, l'interesse univoco e compulsivo verso la sostanza, a differenziare i tossicodipendenti dai consumatori. Consumatori saranno, in questa prospettiva, individui che fanno esperienza della droga, qualunque essa sia, in modo saltuario e in situazioni di eccezione; o in modo ripetuto ma usando dosaggi del tutto innocui e mantenendo sempre il controllo della situazione e la possibilità di interrompere l'assunzione del farmaco senza risentirne le conseguenze.

Non la sostanza in sé ma il peso che la sostanza assume nell'economia psichica del soggetto: nei casi di chiara

gravità, l'adattamento alla realtà sarà fondato sui ritmi imposti dalla sostanza, che diviene l'unico interesse e l'unico tramite fra la persona e il mondo esterno.

I casi gravi esprimono dunque una perdita significativa di quei parametri di ordine socio-relazionale e lavorativo che soddisfano i criteri per valutare un sintomatico adattamento alla realtà.

L'interesse a valutare l'aspetto dimensionale del disagio è presente anche nel Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali (DSM-V) (8), che nella sua quinta ultima edizione unifica le diagnosi di abuso e dipendenza da sostanze in una categoria più ampia da "disturbo da uso di sostanze", introducendo degli specificatori quantitativi di gravità dei sintomi elencati nella categoria diagnostica e aggiungendo un nuovo criterio che riguarda il *craving*, appunto il forte desiderio o spinta all'uso di una specifica sostanza.

Lo spostamento dell'asse diagnostico esprime un grande cambiamento che è avvenuto nel corso degli ultimi trent'anni in tema di droghe, cambiamento che non si riferisce solo al tipo di sostanze, o alla loro modalità di assunzione, quanto piuttosto al passaggio dal concetto di droga come pericolo ed esperienza deviante al concetto di droga come un prodotto di possibile consumo, compatibile con una normale costruzione di vita ed, in alcuni casi, addirittura benefico (9).

Sembra essersi semplificato il percorso che porta ad incontrare la sostanza in molti casi concepita come una sorta di catalizzatore psico-fisiologico di naturali processi adattivi: se pensiamo agli effetti di alcune sostanze sui tempi di reazione e sul rendimento, appare più chiaro come la sostanza possa accordarsi sintonicamente con quelli che sono gli standard culturali di buon funzionamento psicosociale.

Altra novità introdotta nel DSM-V riguarda l'introduzione, nel capitolo sui disturbi correlati a uso di sostanze, del disturbo da gioco d'azzardo.

Il Gioco D'Azzardo Patologico (GAP), secondo la definizione del DSM-IV, è un disturbo del controllo degli impulsi, che consiste in un comportamento di gioco persistente, ricorrente e maladattivo che compromette le attività personali, familiari o lavorative. La nuova edizione del DSM-V ha riclassificato il gioco d'azzardo patologico nell'area delle dipendenze (addictions) per le similarità tra il GAP e le dipendenze da alcol e altre sostanze d'abuso. Per la precisione, in clinica, il disturbo non viene più definito "gioco patologico" ma "disordered gambling" (gioco problematico).

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) sta attirando una crescente attenzione sia in ambito clinico che di ricerca e rappresenta un problema individuale e sociale in rapida espansione, anche come conseguenza dell'attuale maggiore disponibilità ed accessibilità dei giochi in generale, ed in particolare alla facilità di accesso al gioco on-line.

In Italia si stima che l'80% della popolazione abbia giocato d'azzardo e che il 3% sviluppi un gioco d'azzardo patologico (10).

Pur riguardando un disturbo del Controllo degli Impulsi, il GAP ha numerose somiglianze fenomenologiche con le dipendenze ed è stato concettualizzato infatti come una forma di dipendenza senza sostanza (11).

Il GAP e i disturbi da uso di sostanze condividono difatti molte caratteristiche: un intenso desiderio di soddisfare un bisogno, la perdita di controllo nell'utilizzo della sostanza o nell'attività, i periodi di astinenza o tolleranza, il continuo e reiterato coinvolgimento nel comportamento nonché la presenza di

significativi problemi sociali e lavorativi che ad esso si associano.

Il fenomeno dell'Addiction riguarda dunque una peculiare modalità di utilizzazione compulsiva oltre che delle note sostanze psicotrope anche di oggetti ed esperienze legate alla normale esperienza quotidiana del vivere.

Dal punto di vista clinico è dimostrata in letteratura una forte associazione di comorbidità con altri quadri diagnostici quali depressione, ipomania, disturbo bipolare, impulsività, abuso di sostanze (alcol, tabacco, sostanze psicoattive illegali), disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline), deficit dell'attenzione con iperattività, disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia, disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa).

La prevalenza tra la popolazione adulta del GAP secondo il DSM-IV è dell'1-3%, con maggiore prevalenza tra familiari e parenti di giocatori ed in soggetti con un basso grado di istruzione rispetto alla popolazione generale; dal punto di vista sociale, l'impatto del GAP ha ripercussioni persino più pesanti dell'uso problematico di droghe (diventato in larga misura "interclassista"), andando ad incidere prevalentemente su fasce sociali deboli sul piano economico e socio-culturale.

Per ciò che attiene la diffusione del fenomeno delle dipendenze da sostanze facciamo qui riferimento allo studio sui consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione italiana inserito nella specifica relazione annuale al Parlamento del 2014 (12).

Lo studio è stato eseguito utilizzando diverse ed indipendenti fonti informative al fine di poter stimare il più correttamente possibile il fenomeno da vari punti di vista. Sulla base dell'indagine di

popolazione generale condotta nel 2012 su un campione rappresentativo di circa 19.000 italiani (percentuale di adesione del 33,4%), è stato stimato il numero totale dei consumatori (sia occasionali sia dipendenti da sostanze), pari a oltre 2.300.000 unità, (da 2.127.000 a 2.548.000, intervallo di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$).

L'analisi generale dell'andamento dei consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione nazionale nella fascia d'età 15-64 anni, conferma la tendenza alla contrazione del numero di consumatori già osservata nel 2010, per tutte le sostanze considerate, anche se con intensità minore rispetto al decremento riscontrato nel periodo precedente.

Confrontando i consumi italiani con quelli delle altre nazioni europee è possibile notare che, per le principali sostanze stupefacenti (esclusa l'eroina, per la quale il dato non è disponibile), l'Italia risulta essere al 23° posto per il consumo di cannabis, al 18° posto per il consumo di cocaina, al 26° per il consumo di amfetamine e al 29° per il consumo di ecstasy.

Nello specifico, la stima delle percentuali di soggetti sulla popolazione generale 15-64 anni, che hanno usato stupefacenti almeno una volta nel 2012, sono: 0,14% per l'eroina (0,24% nel 2010), 0,60% per la cocaina (0,89% nel 2010), 4,01% per la cannabis (5,33% nel 2010), 0,13% per gli stimolanti (ecstasy e/o amfetamine, 0,29% nel 2010), 0,19% per gli allucinogeni (0,21% nel 2010). Complessivamente, quindi, si stima che circa il 5% della popolazione generale abbia fatto uso di sostanze stupefacenti almeno una volta nell'anno preso in considerazione.

Le dipendenze nelle Forze Armate

La Difesa ha sempre dedicato grande attenzione al problema per le rilevanti ripercussioni sullo specifico settore di competenza e per la particolare composizione del proprio personale. Ciò era particolarmente rilevante ai tempi della leva obbligatoria, periodo in cui l'uso delle sostanze stupefacenti nelle Forze Armate (FFAA) presentava caratteristiche del tutto analoghe rispetto a quanto riscontrabile a livello della c.d. "società civile", eccezion fatta per i casi di maggior compromissione psico-fisica, i quali ovviamente erano facilmente individuabili ed individuati e quindi allontanati dal contesto militare mediante provvedimenti di inidoneità al servizio.

Attualmente la professionalità richiesta agli appartenenti alle FFAA ha comportato un notevole ridimensionamento del problema. L'opera di prevenzione e monitoraggio è però incessante ed espressamente prevista in diversi articoli del Codice dell'Ordinamento Militare (DL 66 del 15.03.2010). In particolare, l'art. 202, intitolato "*Centri di formazione e di informazione in materia di tossicodipendenze, alcolodipendenze e uso di sostanze dopanti*", affida al Ministero della Difesa la promozione di attività finalizzate alla conoscenza delle sostanze e delle conseguenze del loro uso sulla salute, nonché sui risvolti sociali e criminali correlati. Gli articoli seguenti, 203 e 204, regolano alcuni aspetti di prevenzione e monitoraggio del fenomeno, assicurando nei rapporti con le strutture sanitarie civili la continuità dell'assistenza tesa a favorire il recupero socio-sanitario dell'interessato.

Nei requisiti generali per il reclutamento (art. 635) è condizione richiesta quella dell'esito negativo agli accerta-

menti diagnostici per l'abuso di alcool, per l'uso, anche saltuario od occasionale, di sostanze stupefacenti, nonché per l'utilizzo di sostanze psicotrope a scopo non terapeutico. Analogamente, tra i casi di proscioglimento dalla ferma o dalla rafferma è previsto (art. 957) l'esito positivo degli accertamenti diagnostici per l'abuso di alcool, per l'uso, anche saltuario od occasionale, di sostanze stupefacenti, nonché per l'utilizzo di sostanze psicotrope a scopo non terapeutico. Detto proscioglimento è disposto sulla base della documentazione attestante gli accertamenti diagnostici effettuati, è adottato dalla Direzione Generale per il Personale Militare e determina la cessazione del rapporto di servizio.

Il caso del personale in servizio permanente è trattato all'art. 1499. Il militare riconosciuto tossicodipendente, alcool-dipendente o dopato che dichiara la disponibilità a sottoporsi a trattamenti di recupero socio-sanitario è posto in licenza di convalescenza straordinaria e, successivamente, se richiesto dal caso, in aspettativa per il periodo massimo previsto dalla normativa in vigore. Al termine del trattamento è sottoposto a controlli sanitari intesi a stabilire la sua idoneità al servizio militare incondizionato.

Nell'ambito del sistema di monitoraggio dell'Amministrazione della Difesa, l'Osservatorio Epidemiologico della Difesa ha tra i suoi compiti la raccolta l'analisi e l'elaborazione dei dati riguardanti il dosaggio dei cataboliti delle sostanze comunemente dosate negli esami urinari di screening (amfetamine, cannabinoidi, cocaina, oppiacei, barbiturici, benzodiazepine ecc.), con le eventuali risultanze degli esami di conferma. Inoltre la recente acquisizione, sistematica e periodica,



delle diagnosi effettuate dalle Commissioni Mediche Ospedaliere (CMO) insistenti su tutto il territorio nazionale ha consentito di procedere

anche alla verifica degli eventuali casi correlati all'uso di sostanze che hanno richiesto dei provvedimenti sanitari.

Di seguito vengono riportati i risultati

di queste elaborazioni statistiche, relativi ai 5 anni compresi tra il 2011 ed il 2015, suddivisi per Forza Armata/Arma dei Carabinieri (**TAB. I, II, III, IV, V**).

RISULTATI DELLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI - PERIODO 2011 - 2015

Tab. I - Dati dell'attività di screening svolta dall'E.I. nel periodo 2011- 2015

| ESERCITO | | | | | |
|-----------------|---------|---|------------------------|--|----------------------------|
| CATEGORIE | | TOTALE SOGGETTI SOTTO-POSTI A TEST DI SCREENING | TOTALE TEST EFFETTUATI | TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA | PERCENTUALE DI POSITIVITA' |
| Militari S.P.E. | UFF.LI | 2374 | 4189 | 2 | 0.08 |
| | SOTT.LI | 7048 | 11221 | 19 | 0.27 |
| | TRUPPA | 49538 | 111827 | 122 | 0.25 |
| Militari F.V. | | 15534 | 24602 | 52 | 0.33 |
| TOTALE F.A. | | 74494 | 151839 | 195 | 0.26 |

Tab. II - Dati dell'attività di screening svolta dalla M.M. nel periodo 2011- 2015

| MARINA MILITARE | | | | | |
|-----------------|---------|---|------------------------|--|----------------------------|
| CATEGORIE | | TOTALE SOGGETTI SOTTO-POSTI A TEST DI SCREENING | TOTALE TEST EFFETTUATI | TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA | PERCENTUALE DI POSITIVITA' |
| Militari S.P.E. | UFF.LI | 1133 | 5337 | 0 | 0 |
| | SOTT.LI | 5514 | 26295 | 1 | 0.02 |
| | TRUPPA | 3764 | 15655 | 4 | 0.10 |
| Militari F.V. | | 1639 | 7647 | 1 | 0.06 |
| TOTALE F.A. | | 12050 | 54934 | 6 | 0.05 |

Tab. III - Dati dell'attività di screening svolta dall'A.M. nel periodo 2011- 2015

| AERONAUTICA MILITARE | | | | | |
|----------------------|---------|---|------------------------|---|----------------------------|
| CATEGORIE | | TOTALE SOGGETTI SOTTO-POSTI A TEST DI SCREENING | TOTALE TEST EFFETTUATI | 9081 TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA | PERCENTUALE DI POSITIVITA' |
| Militari S.P.E. | UFF.LI | 19081 | 103322 | 4 | 0.02 |
| | SOTT.LI | 47392 | 253527 | 54 | 0.11 |
| | TRUPPA | 26106 | 145230 | 16 | 0.06 |
| Militari F.V. | | 4914 | 26178 | 5 | 0.10 |
| TOTALE F.A. | | 97493 | 528257 | 79 | 0.08 |

Tab. IV - Dati dell'attività di screening svolta dall'Arma CC nel periodo 2011- 2015

| CARABINIERI | | | | | |
|-----------------|---------|--|---------------------------|--|-------------------------------|
| CATEGORIE | | TOTALE SOGGETTI SOTTO- POSTI A TEST DI SCREENING | TOTALE TEST EFFETTUATI | TOTALE SOGGETTI POSI- TIVI AL TEST DI CONFERMA | PERCENTUALE DI POSITIVITA' |
| Militari S.P.E. | UFF.LI | 214 | 484 | 0 | 0 |
| | SOTT.LI | 822 | 1719 | 0 | 0 |
| | TRUPPA | 2308 | 5839 | 10 | 0.43 |
| Militari F.V. | | 2437 | 3486 | 2 | 0.08 |
| TOTALE F.A. | | 5781 | 11528 | 12 | 0.21 |

Tab. V - Dati dell'attività di screening svolta da tutte le FFAA/CC nel periodo 2011- 2015

| FFAA/CC | | | | | |
|-----------------|---------|--|---------------------------|--|-------------------------------|
| CATEGORIE | | TOTALE SOGGETTI SOTTO- POSTI A TEST DI SCREENING | TOTALE TEST EFFETTUATI | TOTALE SOGGETTI POSI- TIVI AL TEST DI CONFERMA | PERCENTUALE DI POSITIVITA' |
| Militari S.P.E. | UFF.LI | 22802 | 113332 | 6 | 0.03 |
| | SOTT.LI | 60776 | 292762 | 74 | 0.12 |
| | TRUPPA | 81716 | 278551 | 152 | 0.18 |
| Militari F.V. | | 24524 | 61913 | 60 | 0.24 |
| TOTALE F.A. | | 189818 | 746558 | 292 | 0.15 |

In particolare, dall'ultima tabella, che riguarda i dati provenienti dal complesso delle FFAA/CC, risulta evidente come nel quinquennio in esame (2011-2015), a fronte di un rilevante numero di soggetti (189.818 militari) sottoposti a screening per l'uso di sostanze stupefacenti, solo una piccola percentuale sia risultata positiva dopo i test di conferma (0.15%), con piccole differenze tra categorie in base al grado.

Possibili spunti deduttivi per eventuali approfondimenti successivi appaiono configurarsi nel rilievo che la percentuale maggiore sia osservabile nei militari non ancora stabilmente inseriti negli organici effettivi delle FFAA/CC (categoria "in ferma volontaria" = F.V.) e

che la percentuale di positività decresca con l'aumentare del livello di responsabilità nella scala gerarchica.

L'attività di screening è maggiore in Aeronautica Militare rispetto alle altre Forze Armate, verosimilmente in ragione soprattutto degli obblighi previsti per tutti i piloti e gli equipaggi, che infatti devono semestralmente sottoporsi agli accertamenti indispensabili per il rinnovo periodico dell'idoneità al volo. Altro elemento da considerare al riguardo, al fine di una adeguata disamina circa i più elevati dati riscontrati, risiede nel fatto che nello screening attribuito all'AM in realtà risulta compreso anche personale di volo delle altre Forze Armate che, per mantenere tali preroga-

tive/qualifiche di aeronavigazione, deve infatti recarsi necessariamente presso le Strutture Sanitarie dell'A.M..

Il dato complessivo di positività (0.15%) indica chiaramente che **il fenomeno dell'uso, anche occasionale, delle sostanze stupefacenti in ambiente militare sia notevolmente inferiore rispetto alla popolazione generale (circa 33 volte inferiore)**. Inoltre, considerando che il dato sui militari origina da uno screening attivo effettuato sul personale, mentre il dato nella popolazione generale rappresenta soltanto il risultato di una stima prodotta da una ricerca su base volontaria, può ragionevolmente assumersi che l'entità effettiva della diversa incidenza sia in

termini ancor più rilevanti rispetto a quelli sopra indicati.

Se analizziamo le classi d'età dei militari risultati positivi all'uso di sostanze, si evidenzia, come prevedibile, che il picco d'incidenza è nella fascia d'età 25- 34 aa. (**Fig. 1**), mentre oltre i 45 anni la positività è del tutto episodica.

La positività al test di screening non implica ovviamente uno stato di tossicodipendenza, anzi nella gran parte dei casi è espressione di un uso occasionale.

Discorso più complesso riguarda l'abuso di sostanze alcoliche. Spesso l'alcool, per motivi culturali, non viene considerata come sostanza stupefacente. Fino a qualche anno fa addirittura non esisteva un test di screening affidabile e la diagnosi di alcoolismo era dedotta dall'analisi congiunta dell'esame clinico e psichiatrico con i dati di laboratorio indicanti danni d'organo (ipertransaminasemia, ipergammaglutamiltransferasemia, macrocitosi, ecc.).

Da pochi anni è stato invece introdotto il dosaggio della CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin o transferrina carboidrato carente o transferrina desialata), che rappresenta il parametro più idoneo per la valutazione di un abuso recente di alcol (circa un mese).

Ci sono cinque tipi di transferrine che si differenziano a seconda di quanti residui di acido sialico hanno nella loro struttura: penta, tetra dia, mono o asialo-transferrina. Le ultime tre si chiamano CDT. In condizioni di abuso cronico di alcol l'equilibrio ottimale di queste isoforme viene modificato e aumenta la percentuale delle CDT rispetto alle altre.

In un soggetto non bevitore i valori di CDT sono al di sotto del 2.2% rispetto al valore della transferrina totale.

Recentemente è entrato in ambito militare come test di screening per il rinnovo di patenti professionali, per i

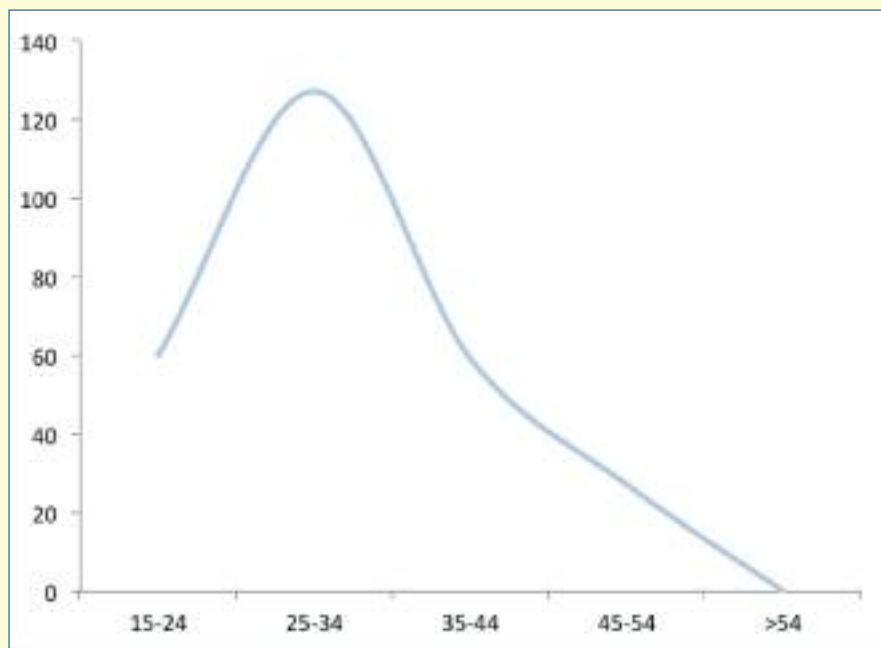


Fig. 1: Curva di distribuzione delle fasce d'età dei militari trovati positivi ai test di screening nel periodo 2011-2015.

piloti/equipaggi e ovviamente nei casi clinici dubbi; non sono però ancora disponibili report epidemiologicamente significativi relativi a questo test.

Risulta comunque ben evidente dall'analisi dei dati provenienti dai provvedimenti dei DMML/CMO che l'abuso alcolico è probabilmente la forma di dipendenza più frequente. Nel dettaglio, su 12 casi di dipendenza accertata nel periodo 2013 - 2015, 2/3, cioè 8, avevano una diagnosi di dipendenza da alcool con lesioni organiche rilevanti (3 sono stati giudicati permanentemente non idonei al servizio militare).

Vista la prevalenza della dipendenza da alcool e la tradizione culturale italiana che pone l'uso degli alcolici, vino in particolare, tra i componenti della comune dieta e in considerazione del particolare ambito d'impiego dei militari (uso delle armi), si ritiene che questo test debba entrare a far parte dello screening per l'idoneità al servizio militare.

Il monitoraggio dei provvedimenti

dei DMML/CMO ci darà in futuro una più accurata definizione della problematica delle dipendenze ed in particolare una misura dell'entità del problema dell'alcoolismo.

Nella **figura 2** sono riassunte le percentuali di positività per sostanze riscontrate nell'azione di screening nel periodo 2011-2015.

Se si raffrontano queste percentuali con quelle pubblicate nella già citata Relazione al Parlamento (**Fig. 3**), risulta evidente come le sostanze più frequentemente riscontrate nella analisi di ricerca delle sostanze utilizzate nella popolazione generale italiana siano sempre i cannabinoidi, espressione della notevole diffusione di queste sostanze, ma con percentuali notevolmente maggiori rispetto a quelle osservate nella popolazione militare. La percentuale di positività per le altre sostanze ne viene proporzionalmente influenzata. Non sono presenti nella statistica della popolazione militare positività a più sostanze nello stesso soggetto, condi-

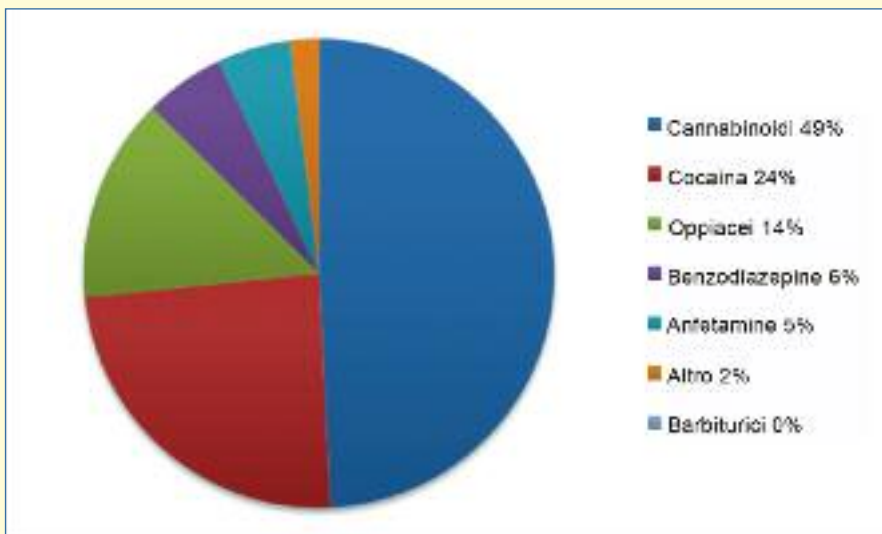


Fig. 2 - Percentuali di positività per classi di sostanze riscontrate nei militari sottoposti a screening nel periodo 2011- 2015.

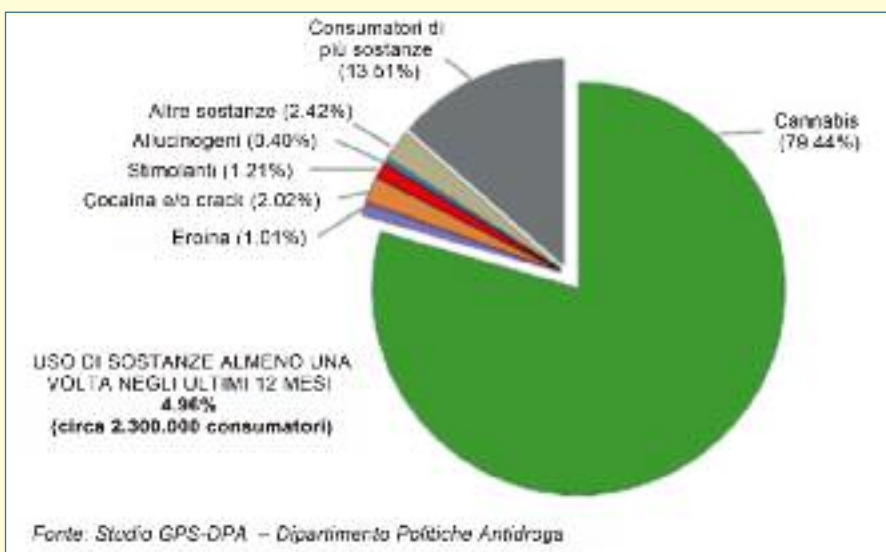


Fig. 3 - Composizione percentuale delle positività all'uso delle sostanze stupefacenti nella popolazione generale italiana.

zione invece assai frequente nella statistica generale (13.51%).

In conclusione, i dati in possesso dell'Osservatorio Epidemiologico della Difesa, mostrano che il problema dell'uso di sostanze stupefacenti in ambito militare è di dimensioni significativamente ridotte rispetto a quelle osservate nella popolazione generale. Il particolare contesto d'impiego e operativo impone comunque di continuare nell'in-

tensa attività di monitoraggio e prevenzione che le Forze Armate già perseguono. Un ulteriore miglioramento nell'opera di sorveglianza conseguirà dalla diffusione del dosaggio della CDT e dall'attenta valutazione della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, che richiederà, in assenza di marker biologici, di una ancora più stretta collaborazione tra medici, psicologi e comandanti a vari livelli organizzativi.

Bibliografia:

1. **Cancrini L.:**
Psicopatologia delle tossicodipendenze.
In *Lezioni di psicopatologia*, Torino, Boringhieri, pp. 103-28. 1997;
2. **Italian Journal off Addiction**, vol. 2 num. 3-4, 2012;
3. **Caretti V., La Barbera D.:**
Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia.
Milano: Raffaello Cortina; 2005;
4. **Goodman A.** Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochem Pharmacol*; 75: 266-322. 2008;
5. **Khantzian EJ.:**
Affect and addictive suffering: a clinical perspective.
In Ablon L, Brown D, Khantzian EJ, Mack JE, eds. *Human feeling: exploration in affect development and meaning* Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1993;
6. **Janiri L, Caroppo E, Pinto M, Pozzi G.** Impulsività e compulsività: psicopatologia emergente. Milano: FrancoAngeli; 2006;
7. **Caretti V., Craparo G., Schimmenti A.:**
Fattori di rischio della dipendenza patologica in adolescenza.
Infanzia e adolescenza 3: 160-9. 2006;
8. **American Psychiatric Association (1994).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition.* Washington, DC.,ed.it, Masson, Milano. 1995;
9. **Raccomandazione civica sulle tossicodipendenze**, realizzata da Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato in collaborazione con FeDerSerD (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze), FIMMG (Federazione Italiana Medici di Famiglia) LILA (Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids) e Legacoop;
10. **Lavanco G.; Varveri L.:**
Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa.
Carocci Editore. 2006;
11. **Comitato Tecnico Scientifico per lo studio dei disturbi mentali.** "Il gioco d'azzardo patologico e le nuove dipendenze: analisi preliminare di un fenomeno in continua metamorfosi in *Giornale di medicina militare*, novembre 2004; Ministero della Difesa – Ispettorato Generale della Sanità Militare. 2004;
12. **Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze**, 2014.

Epidemiological Observatory of Defence

Epidemiological Bulletin of Defence #7



The addictions in Armed Forces

Maria Annunziata Favasuli *

Raffaele Vento °

Claudio De Angelis ·

Anna Rocchetti *

Angelo Di Pietro §

General features

The WHO defines “drug addiction” as a recurring chronic disease forcedly causing individuals to increasingly or constantly take drugs so as to experience temporary positive effects, the persistence of which is closely related to the constant use of the substance (1).

Modern neurobiology (2) has it drug and alcohol addiction are “learnt” behavioural disorders elicited by the chronic use of any psychotropic drug altering specific homeostatic mechanisms in charge of gratification and willingness to change; the use of substances causing physical, psychological, emotional or social damage is considered a bio-psycho-social syndrome

due to the complex etiological underlying factors.

The several definitions drug addiction has been given fail to describe its complexity through logically consistent theories; indeed, the term “addiction” is currently used to refer to the organism’s substance physical and chemical dependence, as well as the forceful tendency to resort to an object, a substance or a situation leading the concerned individual not to be able to choose freely.

The term *addiction* comes from the Latin word *addictus* and refers to a behaviour causing an individual to be enslaved (3). Such term thereby expresses the lack of freedom characterising pathological addiction.

1952 saw the WHO (World Health Organisation) committee propose a distinction between drug addiction and habit for the drugs causing drug addiction.

Drug addiction was defined as a state of periodic or chronic intoxication caused by the repeated use of either natural or artificial substances leading to:

- 1) a strong need to use and get hold of the substance;
- 2) a tendency to increase the dose;
- 3) a psychological and often physical addiction to the effects of the substance;
- 4) negative consequences for the individual and society.

The substance was to show three features so as to be considered as able to

* Psychologist. Counselor of the Epidemiological Observatory of Defence - General Inspectorate of Military Health - Rome.

° T.Col. CC R.T.L. (me) - Head of Epidemiology Section of the Epidemiological Observatory of Defence - General Inspectorate of Military Health - Rome.

• Col. CSArn - Director of the Epidemiological Observatory of Defence - General Inspectorate of Military Health - Rome.

Dott.ssa - Head of Statistics Section of the Epidemiological Observatory of Defence - General Inspectorate of Military Health - Rome.

§ 1° Mar. O.S. San. - Section of Epidemiological Observatory of Defence - General Inspectorate of Military Health - Rome.

cause drug addiction (addictive-drug): it was to lead to tolerance, namely the need to gradually increase doses so as to obtain the expected result, cause abstinence symptoms and trigger the spasmodic wish to get hold of it.

If the individual cannot use the substance, they will suffer from abstinence syndrome, the symptoms of which vary depending on the substance. Therefore, individuals accustomed to taking morphine shall start craving for it, due not only to the effects it causes, but also to the fear of abstinence syndrome.

The severe psycho-social damage addiction causes have led it to be studied during several theoretical-disciplinary summits involving different methods and epistemological preconditions.

Witness the current psychodynamic theories useful for understanding addiction and the studies highlighting the related neurobiological mechanisms.

Recent theories focus on the “psychic processes” underlying addictions (to drugs, sex, food, the internet, and so forth). Several researchers, such as Goodman, Khantzian, Dodes, Taylor (4-5), have attached great importance to affection regulation deficiency, which they consider to be one of the main factors shared by both drug addiction and other dependencies such as alcoholism, gambling, eating disorders, sex addiction and emotional or object addiction (namely the constant pursuit of emotional experiences and love).

The theory underlying addiction variability goes as follows: a pathological addiction is characterised by the distorted use of a substance, an object or a behaviour; a dysfunctional mental state characterised by a feeling of irrepressibility and the forceful need to be compulsively repeated; an invasive condition including the *craving* phenomenon (6) within the

framework of an uncontrollable habit causing clinically significant distress.

“Such definition enables a better understanding of *addiction* phenomena, thanks to a multidimensional, multifocal vision where the developmental-relational and psychodynamic processes underlying the different forms of pathological addiction can be studied regardless of the illusory differences in clinical manifestations” (7) .

Habituation, though involving the repeated use of a substance, does not include all the complex dynamics found in addiction subsuming irrepressibility and compulsive repetition.

Habituation includes the need (albeit not forceful) to keep using the substance due to the positive effects it produces, without increasing the dose; the individual is therefore psychologically addicted to the effect of the substance without being physically dependent, which means no abstinence syndrome is experienced.

Analysing how an individual pursues the substance they use so as to preserve a feeling of psycho-emotional homeostasis can be therefore useful to diagnose drug addiction.

What separates drug addicts from users is the coartaction of the individual’s life, disconnection from reality, the compulsive, univocal interest in the substance. Users are those who take the drug exceptionally or occasionally, or by using harmless doses and maintaining control of the situation, which enables them to stop using the substance without suffering any consequences.

The role the substance plays in the individual’s psychic balance is what matters: severe cases will see addicts base their lives upon the rhythms imposed by the substance, which

becomes the only link between the individual and the external world.

Severe cases show a significant loss of those social-relational and working parameters fulfilling the criteria to assess a syntonic adaptation to reality.

The interest in assessing the dimensional aspect of distress is also found in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (8), the latest edition of which unifies substance abuse and addiction diagnoses under the broader “substance use disorder” category, introducing specific severity indicators for the symptoms listed in the diagnostic category and adding a new criterion involving *craving*, namely the strong need to use a specific substance.

The shifting of the diagnostic axis represents a great change which has occurred in the last thirty years in the field of drugs. Such change does not only refer to substance typologies or the way they are used, but also to the idea of drugs being compatible with or even useful to a normal life.(9)

The path leading to substances, considered as somewhat of a psychophysiological catalyst of natural adaptive processes, seems to have simplified: if one considers the effects some substances have on reaction times and performance, it is clear how they can conform to the cultural standards of good psycho-social functioning.

Another change to the DSM-V involves the introduction of gambling addiction into the chapters on substance-related disorders.

The DSM-IV defines Pathological Gambling (PG) as a disorder affecting impulse control, which consists in persistent, recurrent, maladaptive gambling compromising personal, family or work activities. The new edition of the DSM-V has included pathological gambling in

the addiction category due to its similarities with other substance-related addictions. Such disorder is no longer clinically called “pathological gambling”, but rather “disordered gambling”.

Both clinicians and researchers are attaching increasing importance to pathological gambling (PG), which is a rapidly expanding individual and social matter, also due to the current increased availability of games, especially online.

80% of the Italian population is estimated to gamble, while 3% are pathological gamblers. (10)

Although PG is a disorder affecting impulse control, it shares many aspects with addictions, which led to its being defined as a “substance-less” addiction. (11)

PG and substance-related disorders share many features: the wish to satisfy a need, loss of control when using the substance or carrying out the activity, abstinence or tolerance periods and social, work problems related to behavioural ones.

The concept of addiction therefore encompasses the compulsive use of substances as well as everyday objects and experiences.

The literature has shown a close comorbidity link with other disorders such as depression, hypomania, bipolarity, impulsiveness, substance abuse (alcohol, tobacco, illegal psychoactive drugs), personality disorders (antisocial, narcissistic, borderline), attention deficit and hyperactivity, panic attacks with or without agoraphobia, stress-related physical problems (peptic ulcer, high blood pressure).

The DSM-IV has it PG has a 1-3% prevalence among adults, the highest proportion being among the relatives of gamblers and poorly-educated individuals; socially, PG has more severe

repercussions than drug abuse (which now involves all social classes), and mainly affects economically and culturally weak social groups.

As far as substance addictions are concerned, witness the results of the study on the consumption psychoactive substances by Italians included in the 2014 specific yearly report to the Italian Parliament. (12)

The study was carried out using different independent sources so as to best understand the phenomenon. A 2012 survey involving a sample of 19.000 Italians belonging to the general population (33.4% participation percentage) showed a total of 2,300,000 both occasional and addicted consumers (from 2,127,000 to 2,548,000, 1- =95% confidence interval).

The analysis of the psychoactive substance consumer trend of the latest 12 months, involving Italians aged 15-64, confirms the decrease in the number of consumers recorded in 2010 for all the included substances, though with a lower intensity compared to that of the previous year.

The comparison between Italian consumption rates and those of other European nations shows Italy ranks 23rd for cannabis consumption, 18th for cocaine consumption, 26th for amphetamine consumption and 29th for ecstasy consumption (no data is available for heroin).

More in detail, estimates of the number of general population members aged 15-64 who used psychoactive substances at least once in 2012 are: 0.14% for heroin (0.24% in 2010), 0.60% for cocaine (0.89% in 2010), 4.01% for cannabis (5.33% in 2010), 0.13% for stimulants (ecstasy and/or amphetamines, 0.29% in 2010), 0.19% for hallucinogens (0.21% in 2010). 5% of the

general population is thought to have used psychoactive substances in the abovementioned year.

Addictions in armed forces

The Italian Ministry of Defence has always attached great importance to the matter due to its specific competence field and peculiar personnel. Such matter was considered as most relevant at the time of national service, when the psychoactive substances were as commonly used in the Italian Armed Forces (*Forze Armate*, FFAA) as in the so-called “civil society”, although the worst cases were easily pinpointed and suspended from military service through declarations of unfitness .

The level of professionalism currently required of Armed Forces personnel has led to a downsizing of the problem. However, prevention and monitoring activities are interesting and included in two different articles of the Code of army regulation (*Codice dell'Ordinamento Militare*, Legislative Decree no. 66 of 15.03.2010). Art. 202, called “Training and information centres on drug, alcohol a PED addiction” (*Centri di formazione e di informazione in materia di tossicodipendenze, alcolodipendenze e uso di sostanze dopanti*) entrusts the promotion of activities aimed at spreading knowledge on substances and their consequences on health, as well as their social and criminal repercussions, to the Italian Ministry of Defence. Articles 203 and 204 involve the monitoring and prevention of the phenomenon, thereby ensuring the social-medical rehabilitation of individuals through healthcare structures.

The general prerequisites for enrolment (art. 635) include a negative outcome of diagnostic investigations for alcohol abuse and the use, albeit occasional, of psychoactive substances, also for non-therapeutical purposes. Similarly, enlistment and reenlistment dismissal cases include (art. 957) a positive outcome of diagnostic investigations for alcohol abuse and the use, albeit occasional, of psychoactive substances, also for non-therapeutical purposes. Such dismissal takes place based on documents certifying diagnostic investigations, is adopted by the General Directorate for Army Personnel (*Direzione Generale per il Personale Militare*) and causes the service relationship to be ceased.

The case of permanent personnel is included in art. 1499. Military staff suffering from drug, alcohol or PED addiction willing to undergo social-medical rehabilitation programs are granted an extraordinary convalescence leave and even a leave of absence, in according with the current regulation. They will undergo medical tests aimed at assessing their suitability for military service at the end of the rehabilitation program.

As far as the Defence Administration monitoring system (*sistema di monitoraggio dell'Amministrazione della Difesa*) is concerned, the Defence Epidemiological Observatory (*Osservatorio Epidemiologico della Difesa*) collects and processes data on the catabolite dosage of commonly dosed substances during screening urine tests (amphetamines, cannabinoids, cocaine, opioids, barbiturates, benzodiazepines and so forth) and the results of confirmation tests. Moreover, the recent systematic, periodical acquisition of the diagnoses made by Italian Hospital Medical Commissions (*Commissioni Mediche Ospedaliere,*

CMO) has enabled the verifying of possible cases linked to the use of substances requiring healthcare interventions.

Here are the results of the statistical processing of such data carried out between 2011 and 2015 for every Armed Force/Carabinieri unit (**TAB. I, II, III, IV, V**).

The last table, which includes the data from all FFAA/CC, shows how the considered five-year period (2011-2015), given the high number of individuals (189.818 soldiers) who underwent a screening test for the use of psychoactive substances, saw a small proportion of positive outcomes after confirmation tests (0.15%), with slight differences based on rank.

The fact that the highest percentage can be observed in soldiers who do not permanently belong to FFAA/CC staff [voluntary service category (*ferma volontaria*, F.V.)] and that the positivity percentage decreases as the rank increases is a possible element for future analyses.

The screening activity is higher in the Air Force compared to other armed forces, likely due to the obligations all pilots and crew members have. Indeed, they have to undergo biannual tests aimed at assessing their fitness to fly. Another element to be considered so as to better analyse all the data is that Air Force screening also includes flight personnel from other armed forces, who has to go to Air Force Healthcare Structures so as to keep their flight qualifications.

The overall complexity datum (0.15%) shows that **the use of substances in armed forces, albeit occasional, is considerably lower than the general population (about 33 times lower)**. Moreover,

given that the datum on soldiers comes from an active screening carried out on personnel, while the datum of the general population reflects only the result of an estimate made based on a voluntary basis, the actual incidence may be higher than previously stated.

The analysis of the age groups of soldiers who turned out positive to substance use shows that incidence peaks in the 25 – 34 age group (**Fig. 1 - Distribution curve of the age groups of the soldiers who turned out positive in screening tests in the 2011-2015 period**), while positivity is occasional beyond 45 years of age.

Positivity in screening tests does not always imply drug addiction, but rather occasional use. Alcohol abuse is a more complex matter. Alcohol is not often culturally considered a psychoactive substance. Indeed, no reliable screening test was available a few years ago, and alcoholism diagnoses were made by combining the clinical and psychiatric tests with lab data showing damage to organs (hypertransaminasemia, hypergamma-glutamyl-transferase, macrocytosis, and so forth).

CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin) dosage, which is the most suitable parameter to spot recent alcohol abuse (around a month), was introduced a few years ago.

There are five kinds of transferrin, based on how the number of structural sialic acid residuals: penta, tetra dia, mono or asialo-transferrin. The last three are called CDT. Chronic alcohol abuse conditions modify the optimal balance of these isoforms and increase CDT percentage compared to the others.

A non-drinking individual has CDT levels below 2.2 % lower than the total transferrin level.

This test was recently used in the military field as screening test for the renewal of professional licences, for pilots/crew members and uncertain

clinical cases; there are no epidemiologically significant reports involving this test.

The analysis of data collected from

DMML/CMO provisions shows that alcohol abuse is probably the most common form of addiction. 8 out of 12 cases of verified addiction in the 2013 –

RESULTS OF THE RESEARCH ON PSYCHOACTIVE DRUG CATABOLITES 2011 - 2015

TAB. I: Data on the screening activity carried out by the Italian Army in the 2011- 2015 period.

| ARMY | | | | | |
|--------------------------|----------------|---|-----------------|---|-----------------------|
| CATEGORIES | | INDIVIDUALS WHO UNDERWENT SCREENING TESTS | NUMBER OF TESTS | INDIVIDUALS WITH POSITIVE OUTCOMES AFTER CONFIRMATION TESTS | POSITIVITY PERCENTAGE |
| S.P.E. Military staff | OFFICIALS | 2374 | 4189 | 2 | 0.08 |
| | PETTY OFFICERS | 7048 | 11221 | 19 | 0.27 |
| | SOLDIERY | 49538 | 111827 | 122 | 0.25 |
| F.V. Military staff | | 15534 | 24602 | 52 | 0.33 |
| F.A. Total | | 74494 | 151839 | 195 | 0.26 |

TAB. II: Data on the screening activity carried out by the Italian Navy in the 2011- 2015 period.

| NAVY | | | | | |
|--------------------------|----------------|---|-----------------|---|-----------------------|
| CATEGORIES | | INDIVIDUALS WHO UNDERWENT SCREENING TESTS | NUMBER OF TESTS | INDIVIDUALS WITH POSITIVE OUTCOMES AFTER CONFIRMATION TESTS | POSITIVITY PERCENTAGE |
| S.P.E. Military staff | OFFICIALS | 1133 | 5337 | 0 | 0 |
| | PETTY OFFICERS | 5514 | 26295 | 1 | 0.02 |
| | SOLDIERY | 3764 | 15655 | 4 | 0.10 |
| F.V. Military staff | | 1639 | 7647 | 1 | 0.06 |
| F.A. Total | | 12050 | 54934 | 6 | 0.05 |

TAB. III: Data on the screening activity carried out by the Italian Air Force in the 2011- 2015 period.

| AIR FORCE | | | | | |
|--------------------------|----------------|---|-----------------|---|-----------------------|
| CATEGORIES | | INDIVIDUALS WHO UNDERWENT SCREENING TESTS | NUMBER OF TESTS | INDIVIDUALS WITH POSITIVE OUTCOMES AFTER CONFIRMATION TESTS | POSITIVITY PERCENTAGE |
| S.P.E. Military staff | OFFICIALS | 19081 | 5337 | 4 | 0.02 |
| | PETTY OFFICERS | 47392 | 253527 | 54 | 0.11 |
| | SOLDIERY | 26106 | 145230 | 16 | 0.06 |
| F.V. Military staff | | 4914 | 26178 | 5 | 0.10 |
| F.A. Total | | 97493 | 528257 | 79 | 0.08 |

TAB. IV: Data on the screening activity carried out by the Carabinieri Unit in the 2011- 2015 period.

| CARABINIERI | | | | | |
|--------------------------|----------------|---|-----------------|---|-----------------------|
| CATEGORIES | | INDIVIDUALS WHO UNDERWENT SCREENING TESTS | NUMBER OF TESTS | INDIVIDUALS WITH POSITIVE OUTCOMES AFTER CONFIRMATION TESTS | POSITIVITY PERCENTAGE |
| S.P.E. Military staff | OFFICIALS | 214 | 484 | 0 | 0 |
| | PETTY OFFICERS | 822 | 1719 | 0 | 0 |
| | SOLDIERY | 2308 | 5839 | 10 | 0.43 |
| F.V. Military staff | | 2437 | 3486 | 2 | 0.08 |
| F.A. Total | | 5781 | 11528 | 12 | 0.21 |

TAB. V: Data on the screening activity carried out by all FFAA/CC in the 2011- 2015 period.

| FFAA/CC | | | | | |
|--------------------------|----------------|---|-----------------|---|-----------------------|
| CATEGORIES | | INDIVIDUALS WHO UNDERWENT SCREENING TESTS | NUMBER OF TESTS | INDIVIDUALS WITH POSITIVE OUTCOMES AFTER CONFIRMATION TESTS | POSITIVITY PERCENTAGE |
| S.P.E. Military staff | OFFICIALS | 22802 | 113332 | 6 | 0.03 |
| | PETTY OFFICERS | 60776 | 292762 | 74 | 0.12 |
| | SOLDIERY | 81716 | 278551 | 152 | 0.18 |
| F.V. Military staff | | 24524 | 61913 | 60 | 0.24 |
| F.A. Total | | 189818 | 746558 | 292 | 0.15 |

2015 period had a diagnosis of alcohol addiction with severely injured organs (3 were considered as permanently unfit for military service).

Given alcohol addiction prevalence, Italian traditions, which include alcoholic beverages such as wine as staples, and the specific field of action of soldiers (weapons), this test should be part of the military service suitability screening test.

The monitoring of DMML/CMO provisions will enable a better understanding of addictions, especially alcoholism.

Figure 2 shows substance positivity percentages emerging from the 2011-2015 screening activity.

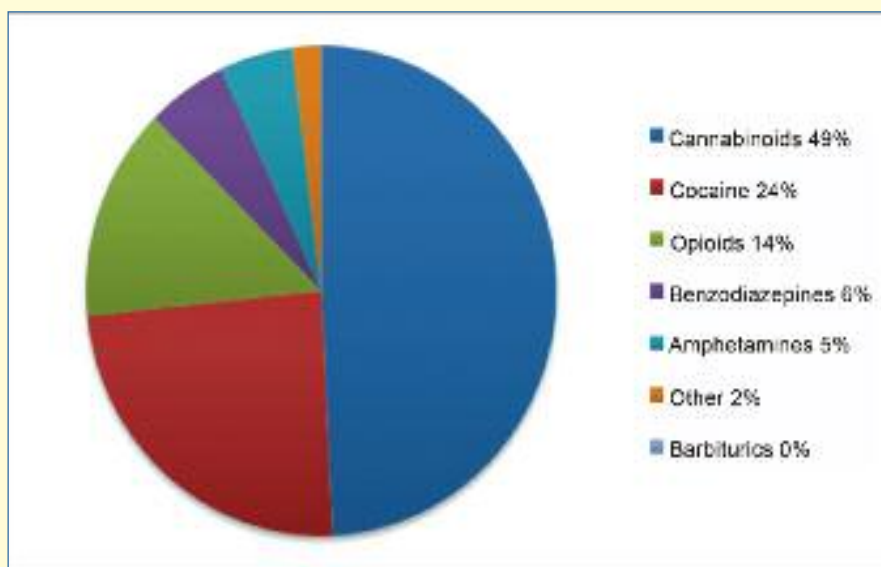


Fig. 2 - Positivity percentages for substance groups in soldiers undergoing screening in the 2011- 2015 period.

If these percentages are compared with those published in the abovementioned Report to the Parliament (*Fig. 3*), it is clear how cannabinoids are the substances researchers spot the most frequently when analysing the Italian population, which shows how widespread these substances are, especially compared to the military population. The positivity percentage for other substances is heavily influenced. The military population shows no individuals positive to more than one substance, while the general population does (13.51%).

The data collected by the Defence Epidemiological Observatory shows that **the issue of drug use in armed forces is significantly lower than the general population**. Despite this, the specific field of action requires an intense monitoring and prevention activity, which the armed forces are already

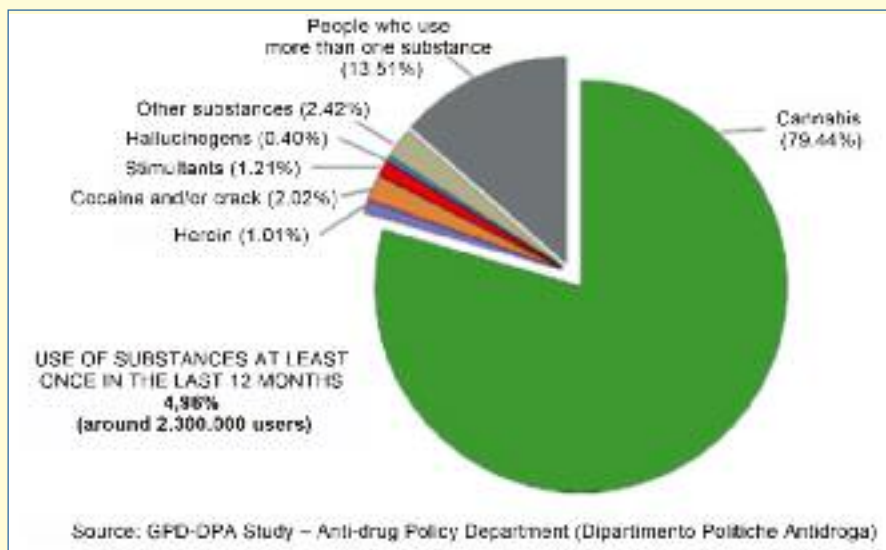


Fig. 3. Positivity percentage composition of psychoactive substances in the Italian general population.

carrying out. The spread of CDT dosage and a better understanding of pathological gambling addiction, which will require a closer cooperation between

doctors, psychologists and captains, given the lack of biological markers, will lead to a further enhancement of the monitoring activity.



2^a GIORNATA EPIDEMIOLOGICA DELLA DIFESA

ROMA, 30 NOVEMBRE 2016

PRESIDENTE
Gen. Isp. Capo CSAm Enrico TOMAO
Ispettore Generale della Sanità Militare

AULA MAGNA
SCUOLA TRASPORTI E MATERIALI DELL'ESERCITO
VALE DELL'ESERCITO, 102 CECCHIGNOLA - ROMA

L'ISCRIZIONE AL CONVEGNO
È GRATUITA
Evento in via di accreditamento
ECM per il personale sanitario.



Segreteria Organizzativa

IGESAN - Osservatorio Epidemiologico della Difesa
Via Santo Stefano Rotondo n. 4 - 00184 Roma
Tel. 06.777039216 (MIL. 105.9216)
Fax 06.777039302 e-mail: osservatorio@igesan.difesa.it

- 08.30 Registrazione dei partecipanti
- 09.00 Saluto dell'Ispettore Generale della Sanità Militare
Gen. Isp. Capo CSAm Enrico TOMAO
- 09.15 Ruolo e Compiti dell'Osservatorio Epidemiologico della Difesa.
Col. Claudio DE ANCELIS
- 09.30 Lettura: Vaccinazioni in Italia: stato dell'arte e criticità.
Dot. Paolo PARENTE
- 10.00 Lettura: Le vaccinazioni nella I Guerra Mondiale.
Brig. Gen. Mario Stefano PERAGALLO
- 10.30 Coffee Break

SESSIONE VACCINI

MODERATORI:

Magg. Gen. Mario Alberto GERMANI
Brig. Gen. CSAm Roberto BISELLI

- 10.45 La vaccinazione del personale militare come modello di risposta immunitaria dell'adulto. È possibile migliorare l'efficacia dell'attuale scheda di vaccinazione?
Dot. Roberto NISINI
- 11.05 Il timore delle vaccinazioni multiple: mito o realtà?
Dot.ssa Simonetta SALEMI
- 11.25 La sfida globale delle malattie infettive: situazione attuale e prospettive future.
Prof. Raffaele D'AMELIO
- 11.45 Il sistema italiano di farmacovigilanza e la Rete Nazionale di Farmacovigilanza.
Dot.ssa Patrizia FELICETTI
Dot.ssa Antonella BIASIOTTA
- 12.05 Sospette reazioni avverse ai vaccini in ambito militare.
Ten. Col. Raffaele VENTO
- 12.25 La nuova direttiva vaccini.
Col. Francesco GUADALUPI
- 12.45 Pausa pranzo

SESSIONE OPERAZIONI FUORI AEREA

MODERATORI:

Amm. Isp. Enrico MASCIA
Brig. Gen. Giacomo MAMMANA

- 14.00 Aspetti sanitari delle operazioni fuori area.
Col. Filippo AGOSTA
- 14.20 I risultati delle analisi sugli xenoclembenti nel progetto SIGNUM.
Dot.ssa Marina PATRIARCA
- 14.40 I risultati delle analisi genetiche e biologiche nel progetto SIGNUM.
Prof. Alberto IZZOTTI
- 15.00 La sorveglianza epidemiologica nel progetto SIGNUM: risultati preliminari del follow-up a 10 anni.
Dot.ssa Roberta DE ANGELIS

PROGRAMMA

SESSIONE MEDICINA PREVENTIVA

MODERATORI:

Gen. Isp. Domenico ARBENANTE
Gen. D. GC Vito FERRARA

- 15.30 Le malattie cardiovascolari sono prevenibili?
Prof.ssa Simona GIAMPAOLI
Dot. Luigi PALMIERI
- 15.50 Progetto Cuore: programmazione e risultati preliminari di una campagna di promozione della salute cardiovascolare nell'arma dei Carabinieri.
Ten. Col. Giuseppe DE LORENZO
- 16.10 I fattori di rischio cardiovascolare nel personale Aeronavigante.
Col. Fabio MORGAGNI
- 16.30 Valutazione del rischio cardiovascolare ai fini dell'idoneità alle prove di efficienza fisica.
Col. Claudio DE ANGELIS
- 16.50 Compilazione questionario ECM
- 17.20 Chiusura dei lavori