



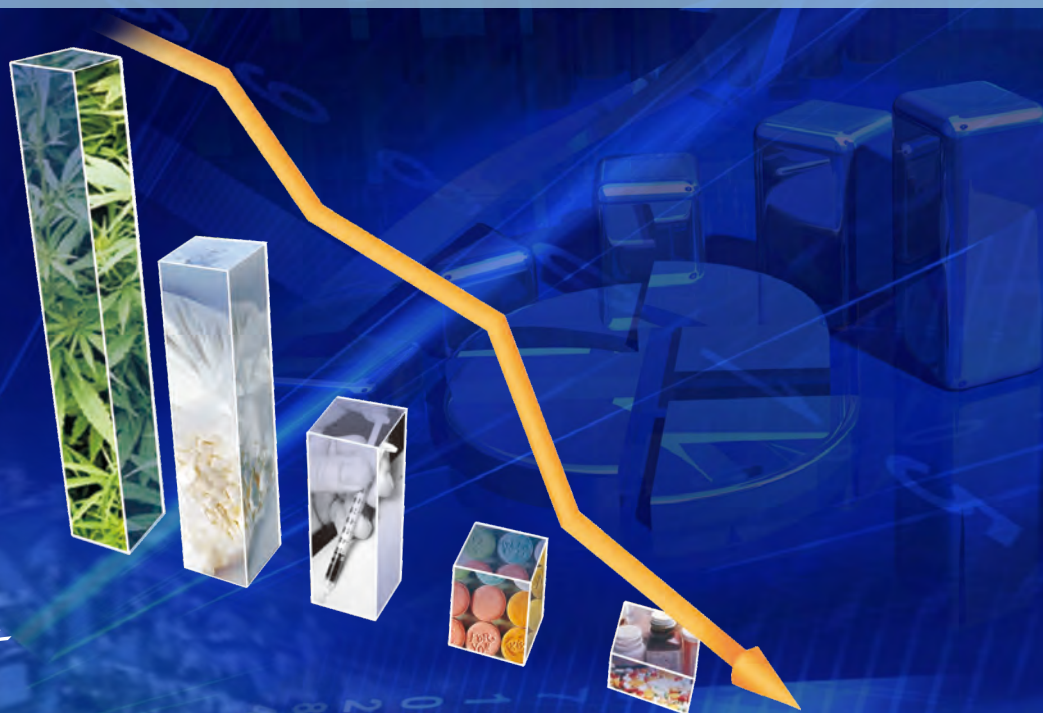
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
Dipartimento Politiche Antidroga

# RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO 2014

## Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia

pubblicato su: [www.sossanita.it](http://www.sossanita.it)

Dati relativi all'anno 2013 e primo semestre 2014 – elaborazioni 2014



# INDICE

<b>1. CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E GIOCO D'AZZARDO</b>	<b>1</b>
1.1 Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica (15-19 anni)	1
1.2 Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale (15-64 anni)	15
1.3 Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue	19
1.4 Gambling e gioco d'azzardo e patologico	23
<b>2. SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO E SOGGETTI IN TRATTAMENTO</b>	<b>25</b>
2.1 Soggetti eleggibili a trattamento	25
2.2 Soggetti in trattamento	29
2.3 Soggetti in trattamento per gioco patologico (Gambling)	35
<b>3. CONDIZIONI DROGA-CORRELATE</b>	<b>36</b>
3.1 Malattie infettive droga-correlate	36
3.2 Ricoveri ospedalieri droga-correlati	40
3.3 Incidenti stradali droga-correlati	41
3.4 Decessi per intossicazione acuta droga-correlata	42
<b>4. SISTEMA DEI SERVIZI E COSTI SOCIALI</b>	<b>45</b>
4.1 Le strutture socio-sanitarie	45
4.2 Costi sociali	45
<b>5. RISPOSTA SOCIO-SANITARIA</b>	<b>47</b>
5.1 Prevenzione dei consumi	47
5.2 Trattamenti socio-sanitari	49
5.3 Reinserimento sociale	50
<b>6. SISTEMA DI CONTRASTO ALL'OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI</b>	<b>50</b>
6.1 Interventi delle Forze dell'Ordine	52
6.2 Interventi della Giustizia	55

APPROFONDIMENTI	62
1. SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE	62
1.1 Il Nuovo Piano di Azione Nazionale del Dipartimento Politiche Antidroga sulle nuove sostanze	62
1.2 Manuale sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP): schede tecniche relative alle molecole registrate	62
1.3 Percorso nazionale di formazione e aggiornamento sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP)	64
1.4 Primo Congresso Internazionale “New Drugs 2014 – aggiornamento tecnico scientifico sulle nuove	66
1.5 Attività generali del Sistema Nazionale di Allerta Precoce	67
1.6 I risultati	72
1.7 Aggiornamento delle Tabelle delle sostanze stupefacenti	83
1.8 Altre attività	83
1.9 Monitoraggio web per la prevenzione dell’offerta di droghe - Offerta di sostanze su Internet	91
1.10 Monitoraggio online dei rave party illegali	94
Allegato - Aspetti organizzativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce	96
2. SICUREZZA NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE	101
2.1 L’indagine	101
2.2 Misure di sicurezza	111
2.3 Conclusioni	116
2.4 Delta System	118
Allegato – Scheda di rilevazione dati	120
ALLEGATI	122
1. Aspetti metodologici dello studio GPS-DPA	122
2. Aspetti metodologici dello studio SPS-DPA	123

# FONTI E FLUSSI INFORMATIVI

Capitoli e paragrafi	Fonte informativa	Flusso informativo
<b>1. CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E GIOCO D'AZZARDO</b>		
1.1 Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica (15-19 anni)	Università degli Studi di Bologna – Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia	Indagine di popolazione scolastica 15-19 anni sul consumo di sostanze psicotrope (SPS ITA) – Dati 2014
1.2 Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale (15-64 anni)	Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale	Indagine di popolazione generale 18-64 anni sul consumo di sostanze psicotrope (GPS ITA) – Dati 2012
1.3 Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue	Istituto di Ricerche Farmacologiche – Mario Negri	Concentrazioni di sostanze stupefacenti nelle acque reflue. Dati 2011 - 2013
1.4 Gambling e gioco d'azzardo e patologico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Università degli Studi di Bologna – Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia</li> <li>Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indagine di popolazione scolastica 15-19 anni sul consumo di sostanze psicotrope (SPS ITA) – Dati 2014</li> <li>Indagine di popolazione generale 18-64 anni sul consumo di sostanze psicotrope (GPS ITA) – Dati 2012</li> </ul>
<b>2. SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO E SOGGETTI IN TRATTAMENTO</b>		
2.1 Soggetti eleggibili a trattamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Università degli Studi di Bologna – Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia</li> <li>Ministero della Salute – Direzione Generale Prevenzione – Direzione Generale sistema informativo e statistico sanitario</li> <li>Ministero dell'Interno – Dipartimento Politiche del Personale e Risorse Strumentali e Finanziarie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Studio multicentrico nazionale sull'indicatore PDU (Problem Drug Users) – Dati 2013</li> <li>Flusso informativo SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) – Dati 2013</li> <li>Persone segnalate in base all'art.7 5 e 121 del D.P.R. 309/90 – Dati 2013</li> </ul>
2.2 Soggetti in trattamento	Ministero della Salute – Direzione Generale Prevenzione – Direzione Generale sistema informativo e statistico sanitario	Flusso informativo SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) – Dati 2013
2.3 Soggetti in trattamento per gioco patologico (Gambling)	Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale	Progetto GAP - Progetto nazionale per l'attivazione di strategie e per lo studio e la preparazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche e per il dimensionamento ed il monitoraggio del fenomeno – Dati 2012 - 2013
<b>3. CONDIZIONI DROGA-CORRELATE</b>		
3.1 Malattie infettive droga-correlate	Ministero della Salute – Direzione Generale Prevenzione – Direzione Generale sistema informativo e statistico sanitario	Flusso informativo SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) – Dati 2013
3.2 Ricoveri ospedalieri droga-correlati	Ministero della Salute – Direzione Generale Programmazione sanitaria	Episodi di ricovero per tossicodipendenza ed alcolismo nelle strutture ospedaliere – Dati 2012
3.3 Incidenti stradali droga-correlati	ISTAT	Incidenti stradali, decessi e feriti Italia droga correlati – dati 2012
3.4 Decessi per intossicazione acuta droga-correlata	Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga	Decessi per intossicazione acuta droga-correlata – Dati 2013
<b>4. SISTEMA DEI SERVIZI E COSTI SOCIALI</b>		
4.1 Le strutture socio-sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministero della Salute – Direzione Generale Prevenzione – Direzione Generale sistema informativo e statistico sanitario</li> <li>Ministero dell'Interno – Dipartimento Politiche del Personale e Risorse Strumentali e Finanziarie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flusso informativo SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) – Dati 2013</li> <li>Numero e soggetti in trattamento presso le Strutture socio-riabilitative – Dati 2013</li> <li>Strutture e servizi Accordo Stato Regioni 5.8.1999 – strutture</li> </ul>

Capitoli e paragrafi	Fonte informativa	Flusso informativo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regioni – Assessorati Sanità e/o Sociale</li> </ul>	semiresidenziali e residenziali diagnostico-terapeutico-riabilitative private e pubbliche – Dati 2013
4.2 Costi sociali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regioni – Assessorati Sanità e/o Sociale</li> <li>• Dipartimento Politiche Antidroga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesa pubblica sostenuta dalle Regioni e Province Autonome per l'assistenza nel settore delle dipendenze – Dati 2012</li> <li>• Stime dei costi sociali per l'uso di droga – Dati 2012</li> </ul>
<b>5. RISPOSTA SOCIO-SANITARIA</b>		
5.1 Prevenzione dei consumi	Regioni – Assessorati Sanità e/o Sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SQ 25 – Questionario Strutturato 25 EMCDDA “Prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive a livello di comunità locale” – Dati 2013</li> <li>• SQ 26 – Questionario Strutturato 26 EMCDDA “Prevenzione selettiva e mirata” – Dati 2013</li> </ul>
5.2 Trattamenti socio-sanitari	Ministero della Salute – Direzione Generale Prevenzione – Direzione Generale sistema informativo e statistico sanitario	Flusso informativo SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) – Dati 2013
5.3 Reinserimento sociale	Regioni – Assessorati Sanità e/o Sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SQ 28 – Questionario Strutturato 28 EMCDDA “Reinserimento sociale” – Dati 2013</li> </ul>
<b>6. SISTEMA DI CONTRASTO ALL'OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI</b>		
6.1 Interventi delle Forze dell'Ordine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero dell'Interno – Dipartimento Politiche del Personale e Risorse Strumentali e Finanziarie</li> <li>• Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga</li> <li>• Ministero dell'Interno – Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persone segnalate in base all'art. 7 5 e 121 del D.P.R. 309/90 – Dati 2013</li> <li>• Operazioni di contrasto al traffico delle sostanze stupefacenti – Dati 2013</li> <li>• Purezza delle sostanze stupefacenti sequestrate – Dati 2013</li> </ul>
6.2 Interventi della Giustizia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria</li> <li>• Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli Affari di Giustizia</li> <li>• Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile</li> <li>• Regioni – Assessorati Sanità e/o Sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soggetti presenti in carcere per reati previsti dal D.P.R. 309/90 e soggetti tossicodipendenti presenti in carcere per qualsiasi tipo di reato – Dati 2013</li> <li>• Soggetti in affidamento agli Uffici di esecuzione penale esterna – Dati 2013</li> <li>• Procedimenti penali, pendenti e definiti, per i reati previsti dal D.P.R. 309/90 (artt. 73, 74, 79 ed 82) – Dati 2013</li> <li>• Soggetti condannati/prosciolti, provvedimenti di concessione delle misure alternative, provvedimenti di revoca e/o sospensione dell'esecuzione della pena, e recidive in base all'art. 99 del c.p. – Dati 2013</li> <li>• Soggetti presenti negli istituti penali per minorenni per reati previsti dal D.P.R. 309/90 – Dati 2013</li> <li>• soggetti alcol dipendenti e tossicodipendenti presenti in carcere – Dati 2013</li> </ul>

## L'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI IN ITALIA

Dati relativi all'anno 2013-2014 (primo semestre)

Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

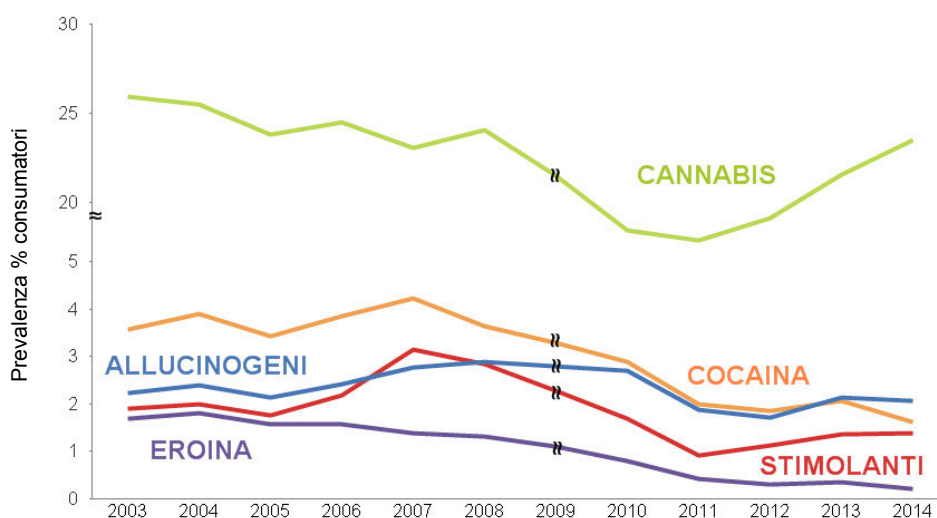
### 1. CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E GIOCO D'AZZARDO

#### 1.1 Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica (15-19 anni)

Il consumo di sostanze stupefacenti tra gli studenti, rilevato annualmente dal 2003, evidenzia una progressiva contrazione della prevalenza di consumatori di cannabis fino al 2011, sebbene caratterizzata da una certa variabilità; nel triennio successivo 2011-2013 si osserva una ripresa dei consumatori con prevalenze che raggiungono nel 2014 i valori del 2008.

La cocaina, dopo un tendenziale aumento che caratterizza il primo periodo fino al 2007, segna una costante e continua contrazione della prevalenza di consumatori fino al 2011, stabilizzandosi negli anni successivi, anche se con una certa variabilità. In costante e continuo calo il consumo di eroina sin dal 2004, anno in cui è stata osservata la prevalenza di consumatori più elevata nel periodo di riferimento, pur rimanendo a livelli inferiori al 2%. Negli ultimi anni il fenomeno si è stabilizzato con un ulteriore lieve calo nel 2014.

**Figura 1:** Consumo di sostanza stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003-2014



Indagine 2014 su soggetti con età 15-19 anni: aumento dei consumatori di cannabis; variazione non significativa per allucinogeni, stimolanti, cocaina ed eroina

Fonte: ESPAD Italia 2000-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Gli studenti consumatori di altre sostanze stimolanti seguono l'andamento della cocaina fino al 2011, ma negli ultimi anni si osserva una lieve tendenza alla ripresa nei consumi. Per quanto riguarda, infine, la prevalenza del consumo di allucinogeni, essa ha seguito un trend in leggero aumento nel primo periodo di osservazione, fino al 2008, seguito da una situazione di relativa stabilità nel periodo successivo, con una contrazione dal 2010 al 2012. Nell'anno successivo si osserva una lieve tendenza all'aumento del fenomeno che si stabilizza nel 2014. Confrontando le prevalenze di consumo osservate per gli studenti 16enni italiani con quelle degli altri paesi europei, si osserva che l'Italia si attesta attorno al 12° posto per consumo di cannabis e al 10° posto per consumo di cocaina; per quanto riguarda il consumo di eroina, l'Italia si colloca al quinto posto in Europa. Infine, i consumi di amfetamine ed ecstasy si collocano rispettivamente al 19° e al 18°

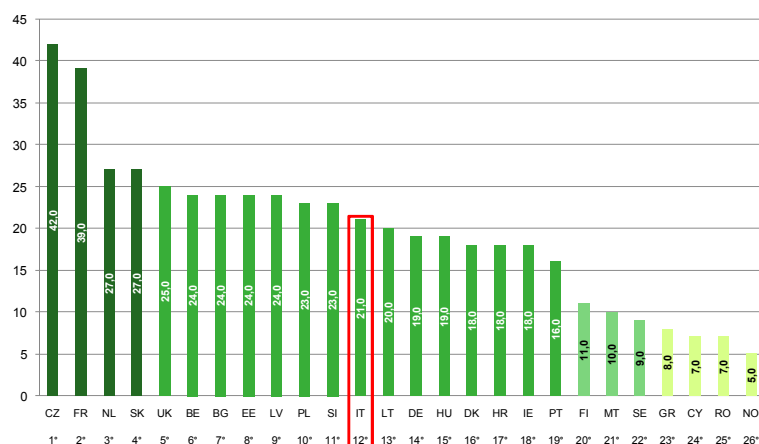
posto, nel relativo degli altri Stati europei.

**Tabella 1:** Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione scolastica di 16 anni (uso di sostanze almeno una volta nella vita) e ranking rispetto ai Paesi europei. Anno 2011

Sostanza	Italia Prevalenza %	Posizione Italia vs Paesi europei
Cannabis	21,0	12°
Cocaina	3,0	10°
Eroina	2,0	5°
Amfetamine	2,0	19°
Ecstasy	2,0	18°

Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2013

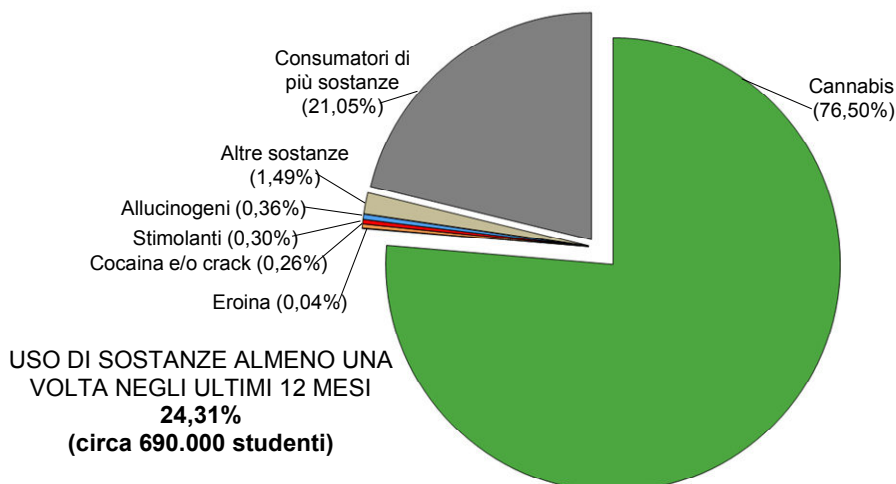
**Figura 2:** Consumo di cannabis (prevalenza %) nella popolazione scolastica di 16 anni (uso di sostanze almeno una volta nella vita). Anno 2011



Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2013

Ponendo l'attenzione sui risultati dello studio condotto nel 2014 su un campione di 31.661 studenti di età compresa tra 15-19 anni (percentuale di risposta pari a circa il 72%) emergono le seguenti percentuali di consumatori (una o più volte negli ultimi 12 mesi): cannabis 23,46% (21,56% nel 2013), cocaina 1,58% (2,05% nel 2013), eroina 0,21% (0,36% nel 2013), stimolanti (amfetamine e/o ecstasy) 1,36% (1,35% nel 2013) ed allucinogeni 2,03% (2,13% nel 2013).

**Figura 3:** Tipo di sostanze utilizzate dagli studenti rispondenti 15-19 anni che hanno dichiarato l'uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Anno 2014



Il 75,7% degli studenti di 15-19 anni non ha assunto alcuna sostanza stupefacente negli ultimi 12 mesi

Il 76,5% degli studenti consumatori di 15-19 anni ha assunto cannabis negli ultimi 12 mesi

Il 21,0% risulta consumatore di più sostanze

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto tra i consumi di sostanze, differenziati per genere, evidenzia un aumento dei consumatori di cannabis per entrambi i generi, anche se più pronunciato nelle femmine (+0,93 punti percentuali nei maschi vs +2,66 punti percentuali per le femmine). Anche per i tranquillanti e sedativi l'aumento dei consumatori nel 2014, rispetto al 2013, è più consistente tra le studentesse (+0,62 punti percentuali) rispetto ai coetanei maschi (+0,18 punti percentuali).

**Tabella 2:** Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2013-2014

Sostanza	Maschi			Femmine			Totale		
	2013	2014	Diff.	2013	2014	Diff.	2013	2014	Diff.
Any illegal drugs	27,31	28,24	+ 0,93	17,65	20,31	+ 2,66	22,53	24,31	+ 1,78
Cannabis	26,25	27,26	+ 1,01	16,77	19,60	+ 2,83	21,56	23,46	+ 1,90
Cocaina	2,85	2,08	- 0,77	1,24	1,07	- 0,17	2,05	1,58	- 0,47
Eroina	0,45	0,24	- 0,21	0,26	0,18	- 0,08	0,36	0,21	- 0,15
Stimolanti	1,87	1,64	- 0,23	0,83	1,08	+ 0,25	1,35	1,36	+ 0,01
Allucinogeni	3,03	2,75	- 0,28	1,22	1,29	+ 0,07	2,13	2,03	- 0,10
Tranquillanti o sedativi non prescritti	1,08	1,26	+ 0,18	2,27	2,89	+ 0,62	1,67	2,07	+ 0,40

Consumatori (una o più volte negli ultimi 12 mesi):

- cannabis: +1,90
- cocaina: -0,47
- eroina: -0,15
- stimolanti: +0,01
- allucinogeni: -0,10

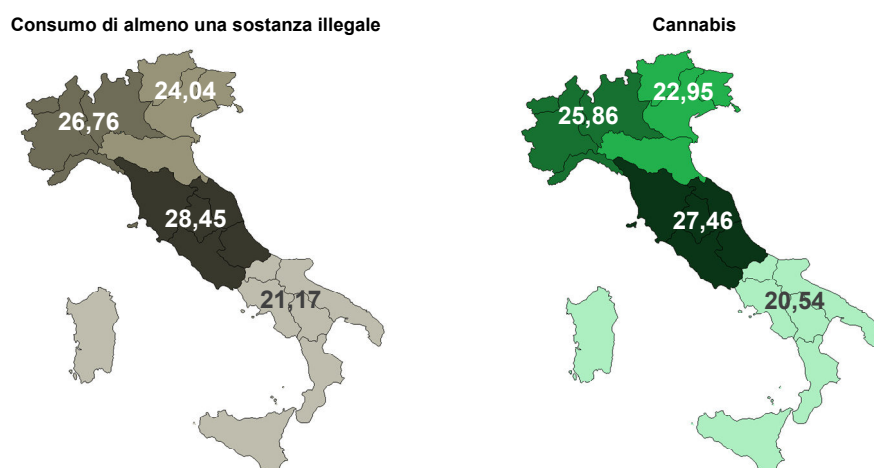
Fonte: Studi SPS-DPA 2013- 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per gli stimolanti e gli allucinogeni, infine, la variazione della prevalenza dei consumatori nel biennio 2013-2014 si differenzia notevolmente tra gli studenti e le studentesse: per i primi infatti si osserva una lieve contrazione dei consumatori a fronte di un lieve aumento tra le coetanee.

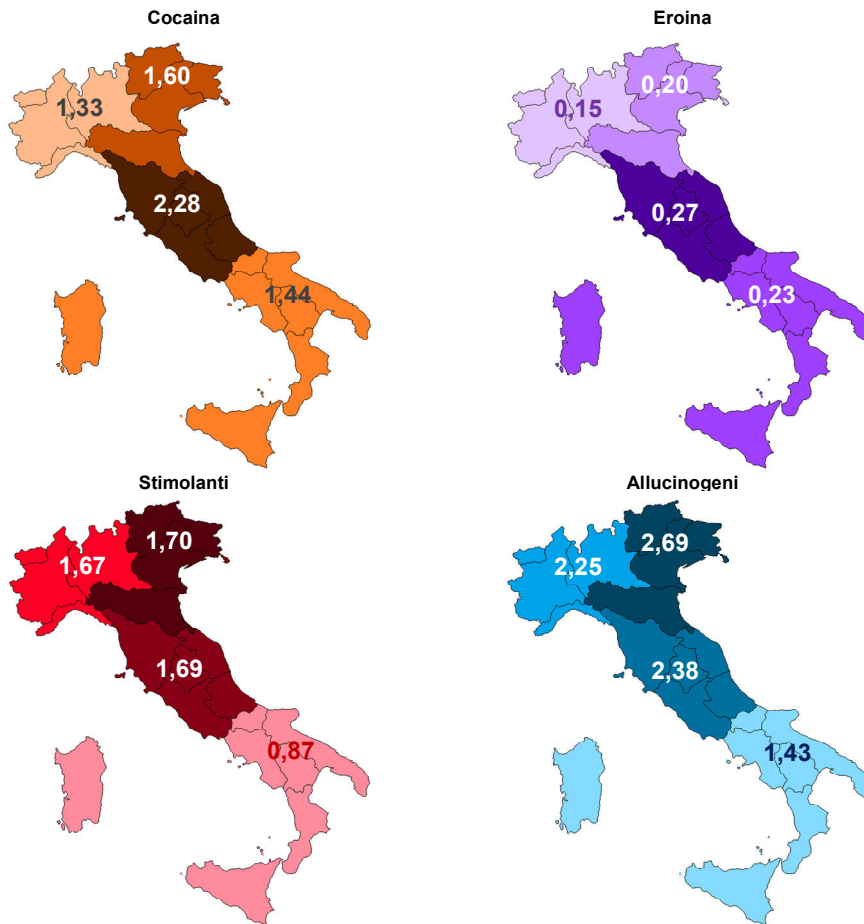
Osservando le prevalenze di consumo per area geografica, si evidenzia il maggior consumo di cannabis, cocaina ed eroina nell'Italia centrale; gli stimolanti vengono consumati maggiormente nell'Italia nord-occidentale mentre gli allucinogeni presentano una prevalenza di consumo maggiore nell'Italia nord-orientale.

Con riferimento al consumo di almeno una sostanza illegale negli ultimi 12 mesi, la prevalenza maggiore si rileva al centro (28,45), seguita dal nord-ovest (26,76); i valori più bassi si osservano al nord-est (24,04) e al sud (21,17).

**Figura 4:** Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi) per area geografica. Anno 2014





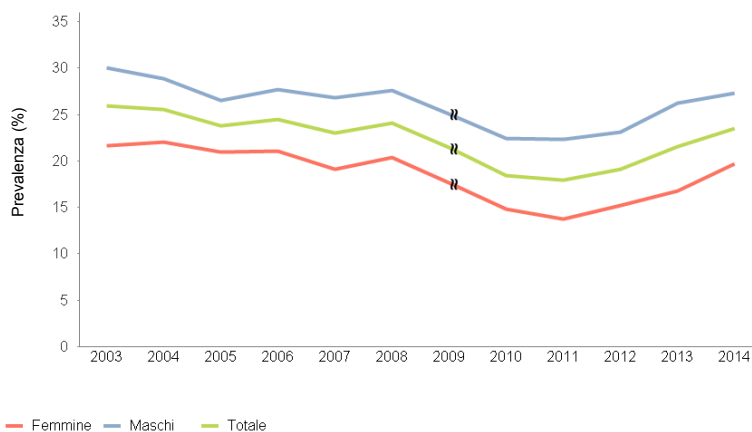


Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

## Consumi di cannabis

Nell'ultimo decennio, la sostanza illecita maggiormente consumata e dichiarata dagli studenti intervistati risulta essere la cannabis, con una prevalenza che si attesta su valori superiori al 20% (consumo negli ultimi 12 mesi). Dal 2003 il trend degli studenti che hanno assunto tale sostanza negli ultimi 12 mesi indica una contrazione dei consumi fino al 2011, seguita da un incremento dei consumi nel periodo successivo, con la stessa propensione tra maschi e femmine.

**Figura 5:** Consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2014

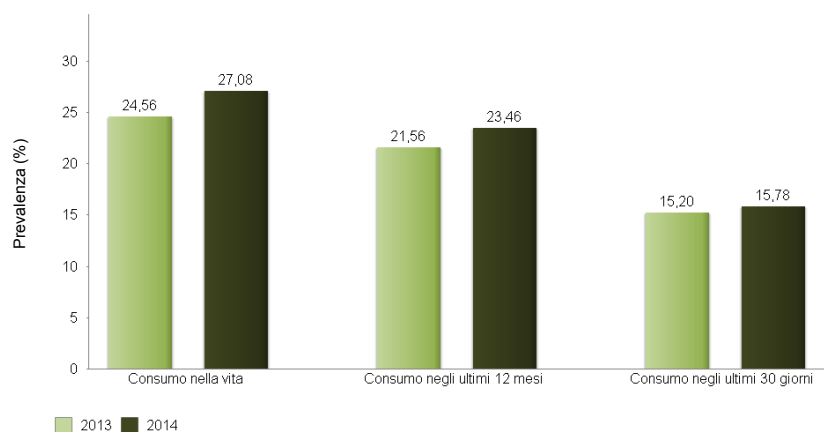


Aumento della prevalenza di consumatori di cannabis dal 2011

Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2014, il consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi precedenti all'intervista, è stato sperimentato dal 23,5% degli studenti indagati, registrando un aumento di 1,9 punti percentuali rispetto al 2013; la prevalenza dei consumi raggiunge il 27,1% se si considera il consumo almeno una volta nella vita ed il 15,8% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni.

**Figura 6:** Consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sui consumi negli ultimi 12 mesi, si osserva un incremento sia per i maschi sia per le femmine, con una propensione maggiore nelle femmine (2,8 punti percentuali; 16,8% nel 2013 vs 19,6% nel 2014) rispetto ai coetanei maschi (1 punto percentuale; 26,3% nel 2013 vs 27,3% nel 2014) (Tabella 3).

**Tabella 3:** Consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014

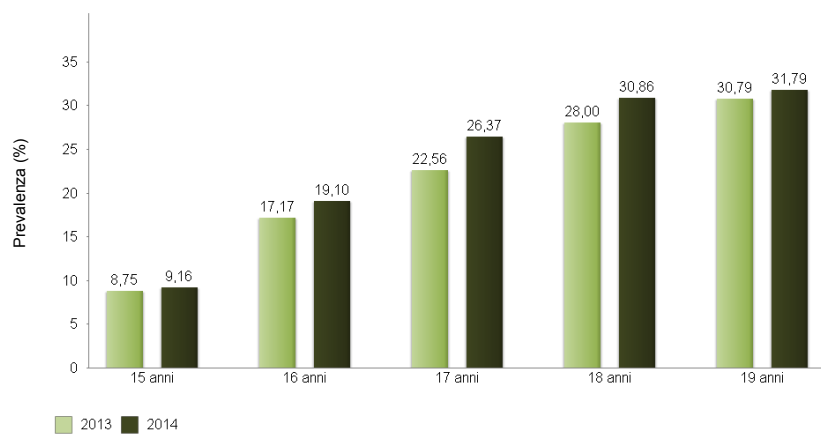
Consumatori di cannabis (%)	2013			2014		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	29,63	19,39	24,56	31,11	22,98	27,08
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	26,25	16,77	21,56	27,26	19,60	23,46
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	18,96	11,37	15,20	19,01	12,49	15,78
<b>Età (LYP) (%)</b>						
15 anni	10,65	6,97	8,75	10,13	8,25	9,16
16 anni	18,50	15,80	17,17	21,11	17,12	19,10
17 anni	26,91	18,03	22,56	30,02	22,69	26,37
18 anni	34,88	20,88	28,00	36,14	25,04	30,86
19 anni	39,02	22,12	30,79	37,62	25,59	31,79
<b>Frequenza di consumo (LYP) (%)</b>						
1-2 volte	35,57	43,80	38,74	34,68	44,10	38,58
3-9 volte	19,71	25,59	21,97	21,84	23,48	22,52
10-19 volte	10,65	10,79	10,70	10,38	10,47	10,42
20 volte o più	34,07	19,82	28,58	33,10	21,95	28,48

Consumo maggiore tra i maschi rispetto alle femmine

Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, in entrambi i generi prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-2 volte nel corso degli ultimi 12 mesi (44,1% per le femmine e 34,7% per i maschi). Tra i consumatori, il 33,1% del collettivo maschile, contro il 22,0% di quello femminile, riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte negli ultimi 12 mesi.

**Figura 7:** Consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per età. Anni 2013-2014



Aumento dei consumatori di cannabis con il crescere dell'età

Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il consumo di cannabis risulta direttamente correlato all'età dei soggetti: tra i maschi le prevalenze di consumo negli ultimi 12 mesi passano dal 10,1% dei 15enni al 37,6% dei 19enni, mentre tra le studentesse si passa rispettivamente dall'8,3% al 25,6%.

Rispetto al 2013, le prevalenze dei consumi per età aumentano per tutte le età con un maggiore incremento per i 17enni, pari a 3,8 punti.

## Consumi di cocaina

L'andamento del numero dei consumatori di cocaina e/o crack (una o più volte negli ultimi 12 mesi precedenti l'indagine), dichiarato dagli studenti coinvolti nell'ambito delle indagini condotte nell'ultimo decennio, evidenzia un trend decrescente dal 2007 al 2011, seguito da una propensione alla contrazione dei consumi meno accentuata nel periodo successivo, dal 2011 al 2014.

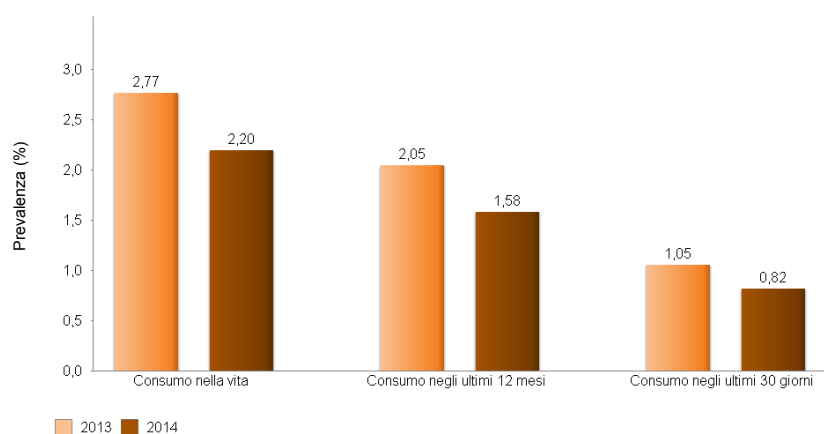
**Figura 8:** Consumatori di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2014



Prevalenza di consumatori di cocaina stabile dal 2011

Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2014, il 2,2% degli studenti italiani riferisce di aver assunto cocaina almeno una volta nella vita e l'1,6% dichiara di aver consumato la sostanza nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di cocaina, riferito ai 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario, è stato dichiarato dallo 0,8% degli studenti intervistati.

**Figura 9:** Consumatori di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014

Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

La riduzione del consumo di cocaina nel corso dell'ultimo anno tra gli studenti rispondenti nel 2014, rispetto al 2013, appare più marcata nei maschi (-0,8 punti) rispetto alle coetanee femmine (-0,2 punti).

**Tabella 4:** Consumatori di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014

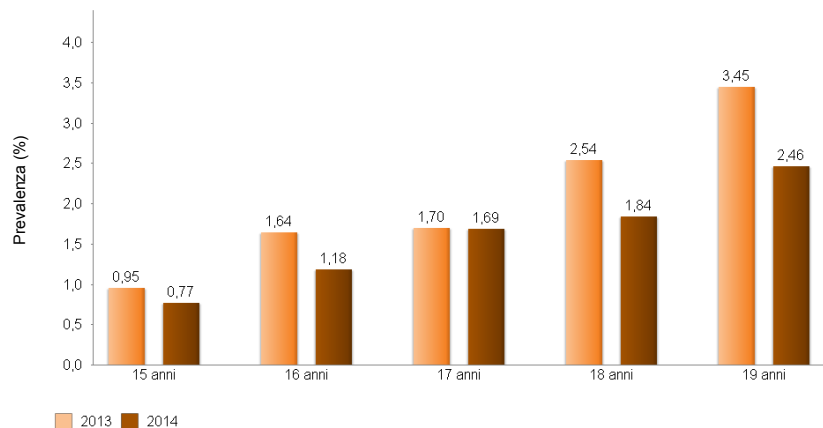
Consumatori di cocaina (%)	2013			2014		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	3,80	1,72	2,77	2,84	1,55	2,20
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	2,85	1,24	2,05	2,08	1,07	1,58
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	1,39	0,71	1,05	1,11	0,52	0,82
<b>Età (LYP) (%)</b>						
15 anni	1,06	0,85	0,95	0,71	0,82	0,77
16 anni	1,94	1,33	1,64	1,32	1,04	1,18
17 anni	2,28	1,09	1,70	2,08	1,30	1,69
18 anni	3,75	1,29	2,54	2,65	0,96	1,84
19 anni	5,15	1,67	3,45	3,60	1,24	2,46
<b>Frequenza di consumo (LYP) (%)</b>						
1-2 volte	60,12	73,18	64,03	67,47	70,24	68,40
3-9 volte	22,37	16,82	20,71	15,66	14,88	15,40
10-19 volte	6,61	6,82	6,68	6,02	4,76	5,60
20 volte o più	10,89	3,18	8,58	10,84	10,12	10,60

Maggior consumo dei maschi, in tutte le età

Fonte: Studi SPS-DPA 2013- 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Come per il consumo di cannabis, i consumatori di cocaina aumentano con il crescere dell'età: i rispondenti che hanno riferito un consumo negli ultimi 12 mesi passano dallo 0,8% dei 15enni all'1,2% dei 16enni, dall'1,7% dei 17enni all'1,8% dei 18enni, fino ad arrivare al 2,5% dei 19enni. Rispetto allo studio condotto nel 2013, si osserva un calo nella prevalenza dei consumi in tutte le età considerate, tranne per i 17enni.

**Figura 10:** Consumatori di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per età. Anni 2013-2014



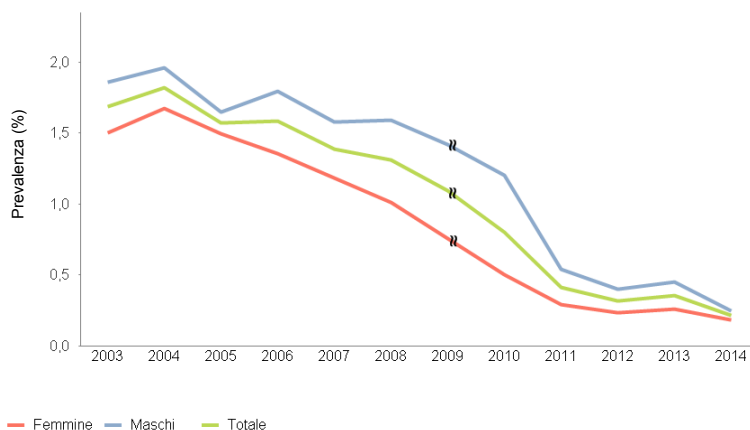
Contrazione dei consumi di cocaina in tutte le età, tranne per i 17enni

Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

## Consumi di eroina

Secondo le indicazioni riportate dagli studenti contattati negli studi condotti dal 2000 ad oggi, la percentuale degli studenti che hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra in continua e forte diminuzione dal 2004 al 2011; nel periodo successivo, dal 2011 al 2014, si osserva una lieve ulteriore propensione alla contrazione dei consumi, più marcata per i maschi nell'ultimo anno.

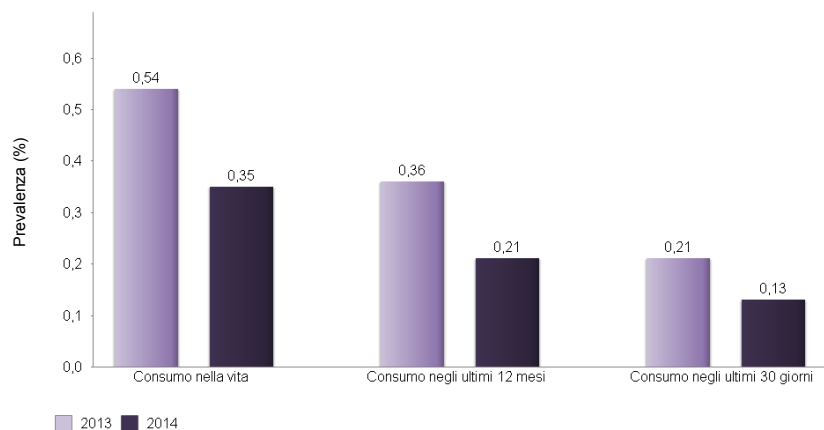
**Figura 11:** Consumatori di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2014



Consumi in diminuzione dal 2008

Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Secondo quanto riferito dagli studenti nel 2014, l'eroina è stata consumata almeno una volta nella vita dallo 0,35% degli studenti italiani, mentre lo 0,21% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente lo studio. Lo 0,13% degli studenti italiani, infine, sostiene di aver assunto eroina almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario. Rispetto alla rilevazione del 2013 si evidenzia un sostanziale calo in tutti e tre i periodi di osservazione.

**Figura 12:** Consumatori di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014

Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

**Tabella 5:** Consumatori di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014

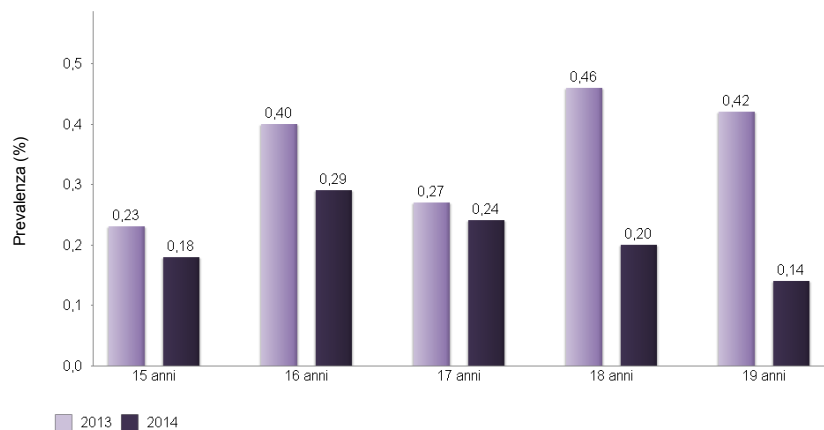
Consumatori di eroina (%)	2013			2014		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	0,65	0,42	0,54	0,44	0,27	0,35
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,45	0,26	0,36	0,24	0,18	0,21
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,27	0,15	0,21	0,16	0,10	0,13
<b>Età (LYP) (%)</b>						
15 anni	0,28	0,18	0,23	0,14	0,22	0,18
16 anni	0,34	0,46	0,40	0,34	0,24	0,29
17 anni	0,39	0,14	0,27	0,21	0,27	0,24
18 anni	0,60	0,31	0,46	0,32	0,06	0,20
19 anni	0,62	0,21	0,42	0,17	0,11	0,14
<b>Frequenza di consumo (LYP) (%)</b>						
1-2 volte	61,73	69,57	64,57	57,89	86,21	70,15
3-9 volte	13,58	13,04	13,39	10,53	3,45	7,46
10-19 volte	6,17	2,17	4,72	7,89	3,45	5,97
20 volte o più	18,52	15,22	17,32	23,68	6,90	16,42

Fonte: Studi SPS-DPA 2013- 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tra gli studenti che hanno consumato eroina negli ultimi 12 mesi, il 57,9% dei maschi e l'86,2% delle ragazze lo hanno sperimentato una o due volte nell'ultimo anno; consumi più frequenti, da 10 a 19 volte, sembrano riguardare maggiormente i maschi rispetto alle loro coetanee femmine (7,9% vs 3,5%), così come il consumo regolare (20 volte o più) interessa il 23,7% dei maschi e solo il 6,9% delle femmine.

Risultati interessanti emergono anche dal confronto dei consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi per età, in cui si evidenzia il calo dei consumatori, specialmente tra i 18enni e i 19enni. Riduzioni meno consistenti si osservano tra i 15-16enni mentre per i 17enni la prevalenza di consumatori nel 2014 si discosta di soli 0,03 punti percentuali rispetto all'anno precedente.

**Figura 13:** Consumatori di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per età. Anni 2013-2014



Calo maggiore nei consumi dei 18enni e 19enni

Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

## Consumi di stimolanti

Il consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine), una o più volte negli ultimi 12 mesi, ha interessato nell'ultimo quadriennio meno del 2% degli studenti rispondenti, con una propensione all'aumento dei consumi, dopo aver subito una forte contrazione nel periodo 2007-2011.

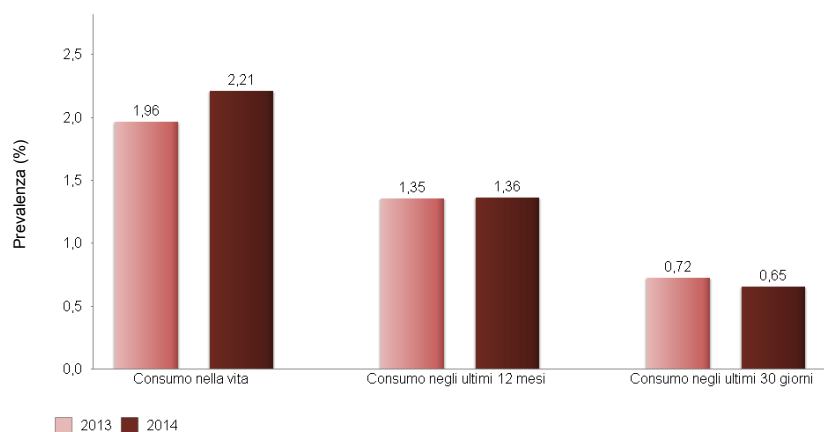
**Figura 14:** Consumatori di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2014



Lieve aumento dei consumatori di stimolanti nel periodo 2011-2014

Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 2,2% della popolazione scolastica 15-19 anni riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine ed ecstasy) almeno una volta nella vita. L'1,4% ha utilizzato queste sostanze nel corso dell'ultimo anno, mentre il consumo di stimolanti nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario è stato riferito dallo 0,7% degli studenti intervistati. Rispetto al 2013, le prevalenze di consumo risultano in aumento per il consumo in tutta la vita mentre è stabile per gli altri due periodi di consumo osservati; differenziando l'analisi per genere, tuttavia, tale tendenza si osserva per le femmine, contrariamente ai coetanei maschi, per i quali si riscontra una lieve contrazione.

**Figura 15:** Consumatori di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014

Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il consumo di stimolanti, al pari delle altre sostanze, aumenta al crescere dell'età, con una propensione più marcata nei maschi (0,6% nei 15enni, 1,2% nei 16enni, 1,5% nei 17enni, 2,2% nei 18enni e infine 2,8% nei 19enni), rispetto alle femmine (0,8% nelle 15enni, 1,5% nelle 19enni).

Rispetto al 2013, il consumo di stimolanti aumenta in tutte le fasce di età oggetto di studio, in particolare nei 16enni, ad eccezione dei 18-19enni, per i quali si osserva una sensibile contrazione (rispettivamente 1,66% nel 2013 vs 1,61% nel 2014 e 2,48% nel 2013 vs 2,17% nel 2014).

**Tabella 6:** Consumatori di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014

Consumatori di stimolanti (%)	2013			2014		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,61	1,29	1,96	2,56	1,85	2,21
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	1,87	0,83	1,35	1,64	1,08	1,36
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,96	0,48	0,72	0,80	0,50	0,65
<b>Età (LYP) (%)</b>						
15 anni	0,78	0,53	0,65	0,57	0,82	0,70
16 anni	0,90	0,73	0,82	1,17	1,01	1,09
17 anni	1,57	0,76	1,17	1,47	1,09	1,28
18 anni	2,36	0,93	1,66	2,15	1,02	1,61
19 anni	3,70	1,19	2,48	2,80	1,49	2,17
<b>Frequenza di consumo (LYP) (%)</b>						
1-2 volte	70,92	73,97	71,84	73,66	74,56	74,01
3-9 volte	17,80	20,55	18,63	17,56	17,16	17,40
10-19 volte	5,34	1,37	4,14	3,44	2,37	3,02
20 volte o più	5,93	4,11	5,38	5,34	5,92	5,57

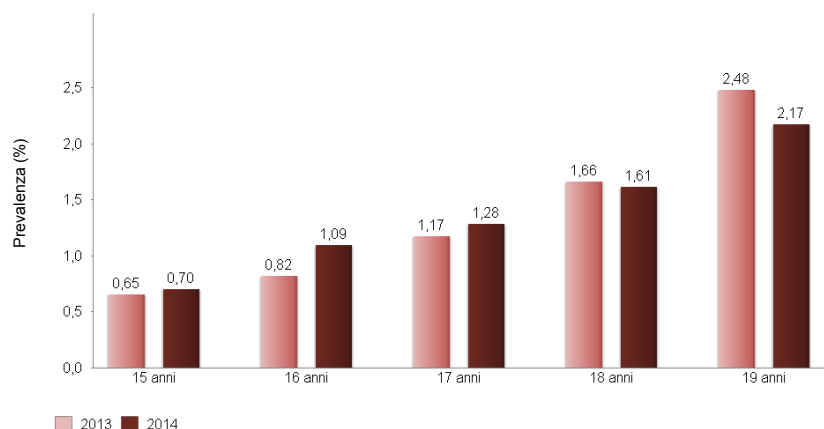
Consumo più frequente tra i maschi

Fonte: Studi SPS-DPA 2013- 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tra gli studenti consumatori di sostanze stimolanti almeno una volta negli ultimi 12 mesi, il 73,7% dei maschi e il 74,6% delle femmine riferisce di aver utilizzato queste sostanze 1 o 2 volte. Il consumo più assiduo di stimolanti (20 o più volte annualmente) è stato riferito dal 5,3% e dal 5,9% della popolazione studentesca rispettivamente maschile e femminile.



**Figura 16:** Consumatori di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per età. Anni 2013-2014



Consumi in aumento per tutte le fasce d'età, tranne per i 19enni

Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

## Consumi di allucinogeni

L'andamento del consumo di allucinogeni negli ultimi 12 mesi (comprensivi delle sostanze LSD, ketamina, funghi allucinogeni e altri allucinogeni), dal 2003 ad oggi, segue un trend piuttosto variabile, caratterizzato da periodi alternati di crescita dei consumi (dal 2003 al 2008 e dal 2012 al 2014) e di contrazione (dal 2008 al 2012).

**Figura 17:** Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2014



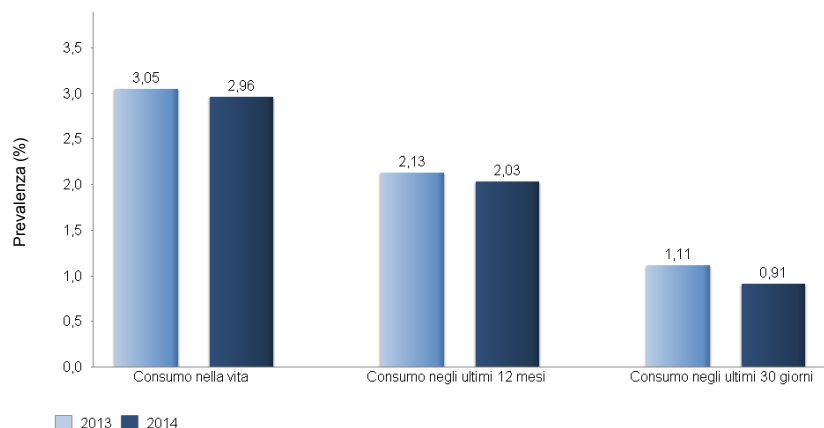
Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tra gli studenti italiani, il 3,0% e il 2,0% ha riferito di aver usato sostanze allucinogene rispettivamente almeno una volta nella vita ed almeno una volta nell'ultimo anno precedente alla rilevazione, mentre lo 0,9% ha riferito di averne consumato recentemente (nel corso degli ultimi 30 giorni).

Rispetto al 2013, lo studio condotto nel 2014 evidenzia una sostanziale stabilità nei consumi tra i ragazzi 15-17enni, ed una contrazione dei consumi per le altre fasce d'età (18-19enni).

All'interno della popolazione studentesca 15-19 anni, le prevalenze d'uso di sostanze allucinogene aumentano al passaggio da un'età alla successiva (per i maschi dall'1,0% dei 15enni al 3,9% dei 19enni; per le femmine dallo 0,8% nelle 15enni all'1,6% delle 19enni).

Tra gli studenti consumatori di allucinogeni, il 77,1% dei maschi e il 79,2% delle femmine ne ha fatto uso 1 o 2 volte nel corso degli ultimi 12 mesi, mentre il consumo più frequente (20 o più volte nel corso negli ultimi 12 mesi) è stato riferito dal 6,8% e dal 3,5% rispettivamente degli studenti e delle studentesse.

**Figura 18:** Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014

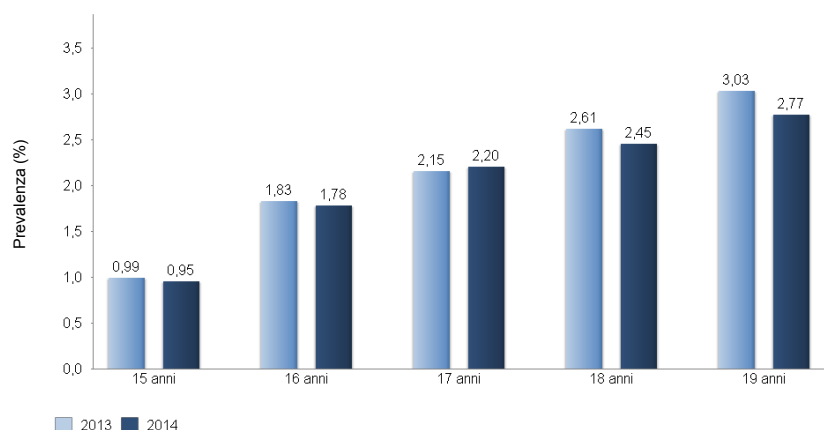
Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

**Tabella 7:** Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014

Consumatori di allucinogeni (%)	2013			2014		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	4,19	1,88	3,05	3,93	1,96	2,96
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	3,03	1,22	2,13	2,75	1,29	2,03
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	1,53	0,69	1,11	1,25	0,57	0,91
<b>Età (LYP) (%)</b>						
15 anni	1,34	0,67	0,99	1,11	0,79	0,95
16 anni	2,28	1,36	1,83	2,43	1,13	1,78
17 anni	2,93	1,34	2,15	2,89	1,52	2,20
18 anni	3,75	1,43	2,61	3,37	1,44	2,45
19 anni	4,72	1,25	3,03	3,87	1,60	2,77
<b>Frequenza di consumo (LYP) (%)</b>						
1-2 volte	71,98	80,00	74,24	77,05	79,21	77,73
3-9 volte	15,93	11,16	14,59	13,64	12,87	13,40
10-19 volte	4,58	6,05	4,99	2,50	4,46	3,12
20 volte o più	7,51	2,79	6,18	6,82	3,47	5,76

Maggior consumo nei maschi e consumo direttamente proporzionale con l'età

Fonte: Studi SPS-DPA 2013- 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

**Figura 19:** Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per età. Anni 2013-2014

Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

---

## Nuove droghe

Negli ultimi anni si è assistito all'entrata sul mercato di una serie di nuove droghe sintetiche. Queste sostanze vengono messe sul mercato da nuove organizzazioni criminali usando prevalentemente Internet o, in misura minore "smart shop", pubblicizzandole come sali da bagno, incensi, fertilizzanti, prodotti naturali, erbe mediche, ecc. In realtà si tratta di potenti molecole chimiche di sintesi vendute sotto mentite spoglie, delle quali molte volte lo stesso acquirente non conosce l'esatta composizione. Molti di questi prodotti vengono preparati artigianalmente in laboratori fatiscenti e a bassissima qualità igienica e messi in commercio attraverso una pubblicizzazione su siti web specializzati (che il Sistema Nazionale di Allerta Precoce del DPA monitora costantemente), con pagamento tramite carta di credito e spedizione mediante corriere postale. Il fenomeno ha diffusione mondiale anche se, per fortuna, la prevalenza d'uso di queste sostanze è ancora molto bassa in Italia.

Nuove droghe sintetiche: mercato in espansione

Bassa prevalenza d'uso nella popolazione italiana

Queste molecole sono ancora poco conosciute e poco riconoscibili dai normali laboratori. Pertanto, una delle difficoltà maggiori che si incontrano è proprio quella di identificarle precocemente. Ciò coinvolge soprattutto il lavoro degli operatori di pronto soccorso e delle unità di emergenza, alle quali dal 2010 sono afferiti 43 casi di intossicazione da cannabinoidi sintetici, 8 casi da catinoni sintetici, 10 da metossietamina e 5 da fenetilammine. Nel 90% i casi sono avvenuti nel Nord Italia, in un range di età che va dai 15 ai 55 anni, con un'età media di 35 anni.

Registrati 66 primi casi di intossicazione acuta dal 2010

In collaborazione con il Ministero della Salute, queste nuove droghe sintetiche sono state rese illegali provvedendo all'inserimento nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti non solo delle singole molecole ma anche dei loro analoghi strutturali. Oltre a questo, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, tramite l'Istituto Superiore di Sanità, ha provveduto a fornire ai propri centri collaborativi e laboratori gli standard analitici di riferimento, agevolando quindi il lavoro delle Forze dell'Ordine che hanno, in questo modo, la capacità di identificarle velocemente, sequestrarle e perseguire efficacemente gli spacciatori. Ad oggi, il Sistema di Allerta (attraverso i 171 centri collaborativi e i 66 laboratori dei RIS/LASS) ha identificato, dal 2009, oltre 370 nuove molecole, segnalandole al Ministero della Salute per la tabellazione e provvedendo a diffondere su tutto il territorio nazionale allerte tempestive con informazioni tecnico-scientifiche, per poter identificare più precisamente e tempestivamente i sintomi di intossicazione acuta e agire in maniera migliore con trattamenti adeguati.

Oltre 370 nuove molecole identificate in entrata sul territorio italiano ed europeo dal 2009

Queste nuove sostanze vengono spesso utilizzate anche nei rave party illegali. Per questo, il Sistema di Allerta ha organizzato dal 2010 anche un sistema di monitoraggio della rete Internet per l'individuazione di questi eventi, segnalandoli alle Forze dell'Ordine in modo da attivare i necessari interventi preventivi. Ad oggi sono stati segnalati 139 eventi; di questi il 57,5% è stato impedito o gestito dalle forze dell'ordine o dalle unità sanitarie mobili a fini preventivi.

Efficacia del sistema di prevenzione dei rave party illegali: 57,5% degli eventi impedito o gestito

Contemporaneamente, è stata monitorata dal Sistema di Allerta anche la rete web per la prevenzione delle offerte di queste nuove droghe sintetiche: sono stati individuati complessivamente 106 siti web esclusivi per l'offerta di droghe, con server localizzati in Italia, e altre 543 pagine web che promuovevano e offrivano sostanze stupefacenti in siti non esclusivi per questa attività. Nel 67% dei casi si è arrivati alla rimozione degli annunci che offrivano sostanze, nel 23% circa alla chiusura della pagina web e nell'1,3% dei casi i siti sono stati chiusi.

Monitorata anche la rete web: 67% rimozione annunci; 23% chiusura pagina

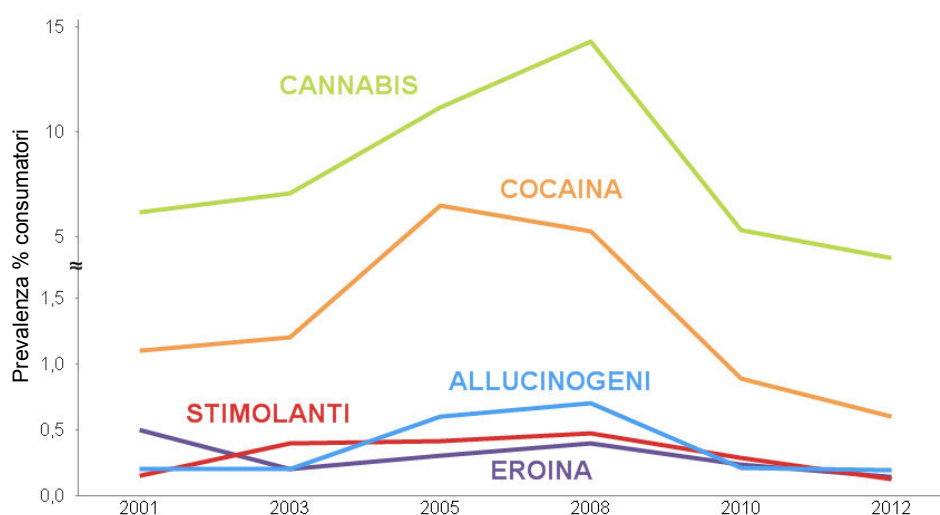
## 1.2 Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale (15-64 anni)

Lo studio sui consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione italiana 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'ultima indagine di popolazione generale (GPS-DPA) 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  $1-\alpha=95\%$ ).

Quadro generale

L'analisi generale dell'andamento dei consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione nazionale 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 (Figura 20).

**Figura 20:** Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2001-2012



Continua la tendenza alla diminuzione dei consumatori nella popolazione generale

Fonte: Elaborazione su dati IPSAD Italia 2001 – 2008, dati GPS-DPA 2010-2012

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.

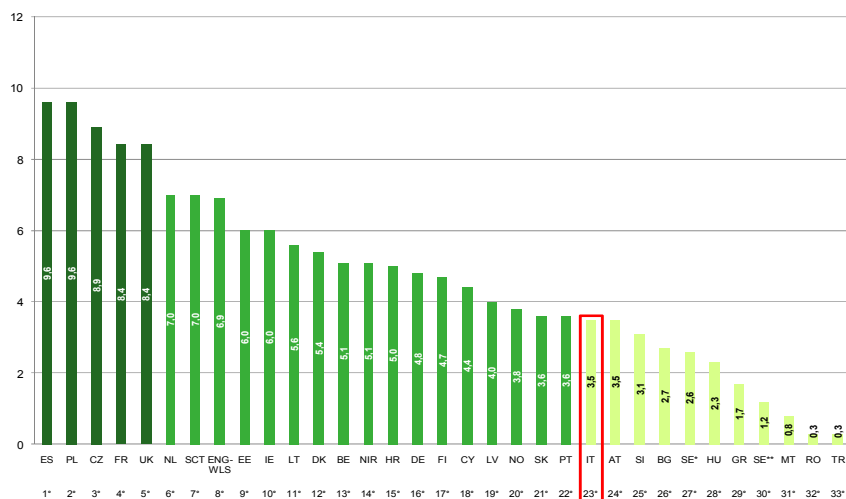
**Tabella 8:** Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 18-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi) e ranking rispetto ai Paesi europei. Anni 2000-2012 (ultime indagini disponibili)

Sostanza	Italia Prevalenza %	Posizione Italia vs Paesi europei
Cannabis	3,5	23°
Cocaina	0,6	18°
Eroina	Dato non presente	Dato non presente
Amfetamine	0,1	26°
Ecstasy	0,0	29°

Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2013

Analizzando, nello specifico, il dato relativo al consumo di cannabis, si riscontra il maggior consumo in Spagna, Polonia, Repubblica Ceca e Francia; il dato italiano, invece, si attesta su valori simili a quelli dell’Austria, del Portogallo e della Slovacchia.

**Figura 21:** Consumo di cannabis (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000-2012 (ultime indagini disponibili)

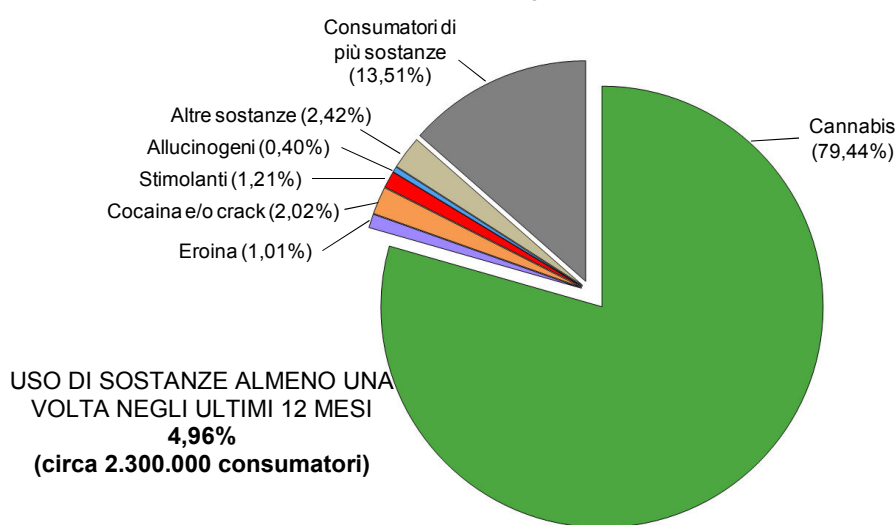


\* Dati 2011; \*\* Dati 2008

Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2013

Nello specifico, la stima delle percentuali di soggetti sulla popolazione generale 15-64 anni, che hanno usato stupefacenti almeno una volta negli ultimi 12 mesi, 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).

**Figura 22:** Tipo di sostanze utilizzate nella popolazione generale 15-64 anni che ha dichiarato l’uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Anno 2012



Il 95,04% della popolazione 15-64 anni non ha assunto alcuna sostanza stupefacente negli ultimi 12 mesi

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

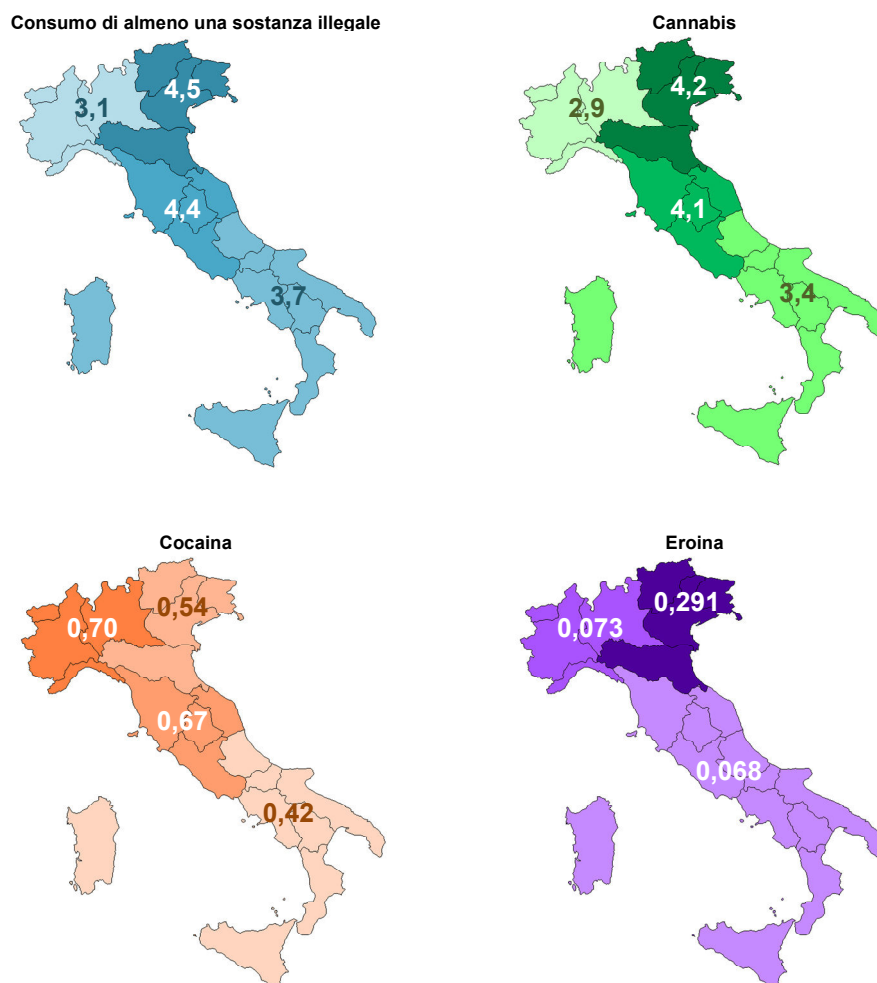
Confrontando i risultati emersi nelle ultime due edizioni dello studio GPS-DPA, si osservano variazioni nei consumi, più consistenti per i maschi rispetto al genere femminile.

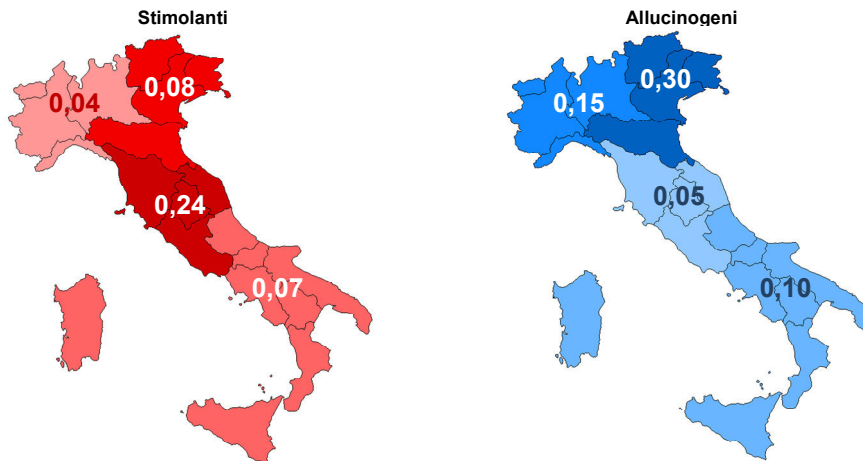
**Tabella 9:** Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2010-2012

Sostanza	Maschi			Femmine			Totale		
	2010	2012	Diff.	2010	2012	Diff.	2010	2012	Diff.
Cannabis	7,06	5,19	- 1,87	3,82	3,00	- 0,82	5,33	4,01	- 1,32
Cocaina	1,26	1,01	- 0,25	0,47	0,25	- 0,22	0,89	0,60	- 0,29
Eroina	0,32	0,21	- 0,11	0,17	0,08	- 0,09	0,24	0,14	- 0,10
Stimolanti	0,39	0,16	- 0,23	0,19	0,10	- 0,09	0,29	0,13	- 0,16
Allucinogeni	0,39	0,24	- 0,15	0,12	0,16	0,04	0,21	0,19	- 0,02

Propensione alla  
diminuzione dei  
consumatori tra  
2010 e 2012

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

**Figura 23:** Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 18-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi, per area geografica. Anno 2012



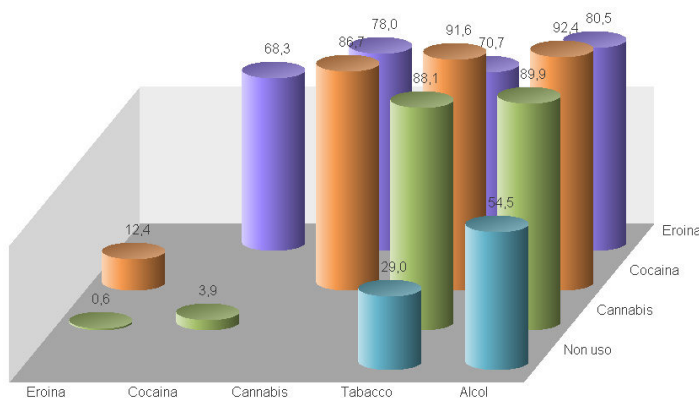
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel confronto tra le aree geografiche, si osservano differenze significative nei consumi di cannabis (hashish o marijuana) tra l'Italia nord occidentale e l'Italia nord-orientale e centrale, mentre il consumo di allucinogeni si differenzia in modo significativo tra il nord-est ed il centro Italia, con consumi nettamente superiori al nord-est. L'assunzione di almeno una sostanza illecita negli ultimi 12 mesi evidenzia lo stesso trend tra le aree geografiche osservato per la cannabis: si osservano differenze tra l'Italia nord occidentale e l'Italia nord-orientale e centrale.

## Policonsumo

Il fenomeno del policonsumo, e quindi della polidipendenza, che da qualche anno è stato registrato, viene rilevato in aumento, soprattutto nelle fasce giovanili (15-19 anni, uso almeno una volta negli ultimi 30 giorni). L'uso contemporaneo o alternato di diverse droghe si caratterizza soprattutto nei giovani che spesso associano sequenzialmente droghe "up" con droghe "down". È stato rilevato, infatti, che i consumatori di cocaina (sostanza primaria) usano nell'86,7% dei casi anche cannabis (sostanza secondaria) e nel 12,4% eroina (sostanza secondaria). I consumatori di eroina (sostanza primaria) usano nel 78,0% dei casi anche cannabis (sostanza secondaria) e nel 68,3% cocaina. Da segnalare, inoltre, con percentuali variabili tra il 70 e il 93%, l'uso contemporaneo di tabacco e alcol associati ad altre sostanze stupefacenti tra i giovani di 15-19 anni. L'uso di queste sostanze nei giovani non consumatori di sostanze stupefacenti (83,6% della popolazione italiana) risulta molto più bassa, e pari al 29,0% per il tabacco ed al 54,5% per l'alcol.

**Figura 24:** Distribuzione condizionata del policonsumo nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina ed eroina. Anno-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nella popolazione generale (15-64 anni, uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 30 giorni), invece, il policonsumo risulta un fenomeno meno diffuso. Infatti, tra i consumatori di cocaina (sostanza primaria), il 48,8% consuma anche cannabis (sostanza secondaria), il 12,1% anche eroina (sostanza secondaria). Nei consumatori di eroina (sostanza primaria), il 39,5% consuma anche cannabis (sostanza secondaria), il 47,3% anche cocaina (sostanza secondaria). Nei consumatori di sostanze, l'uso contemporaneo di tabacco e alcol oscilla tra il 60 e l'83%, a seconda delle sostanze stupefacenti consumate. Nei non consumatori di sostanze, nella fascia di età 15-64 (97,9% della popolazione italiana), l'uso di tabacco viene dichiarato dal 22,7% dei soggetti, e l'uso di alcol dal 52,1%.

Da sottolineare quindi, la diversità che si riscontra nei giovani consumatori di cocaina ed eroina come sostanze primarie, rispetto ai consumatori adulti di queste sostanze. Nei giovani si osserva, infatti, un'elevata frequenza di policonsumo, quasi doppia rispetto agli adulti, in particolare per l'uso secondario di cannabis che, normalmente, viene usata come droga di iniziazione ("gateway"), per poi permanere come droga secondaria di accompagnamento.

### 1.3 Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue

Parallelamente all'indagine di popolazione generale, il Dipartimento Politiche Antidroga ha affidato all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, i prelievi e l'analisi di campioni di acque reflue rilevati annualmente dal 2011 presso 17 centri urbani distribuiti su tutto il territorio nazionale per la misura delle concentrazioni di residui di sostanze presenti nei campioni.

**Tabella 10:** Concentrazioni di sostanze stupefacenti nelle acque reflue. Anni 2012 e 2013

Sostanza	Consumi 2012	Consumi 2013	Differenza 2013-2012
Eroina (dosi/die 1.000 ab.)	2,03	2,02	-0,01
Cocaina (dosi/die 1.000 ab.)	6,69	5,94	-0,75
Cannabis (dosi/die 1.000 ab.)	28,37	39,34	10,96
Ecstasy (dosi/die 1.000 ab.)	0,05	0,06	0,02
Amfetamine (dosi/die 1.000 ab.)	0,06	0,29	0,23
Metamfetamine (dosi/die 1.000 ab.)	0,25	0,26	0,01
Ketamina (grammi die)	2,92	3,34	0,42

Fonte: Studio AquaDrugs 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Concentrazioni di sostanze nelle acque reflue:

- cannabis: +10,96
- cocaina: -0,75
- eroina: -0,01
- ecstasy: +0,02
- amfetamine: +0,23
- metamfetamine: +0,01
- ketamina: +0,42

La concentrazione più elevata di sostanze stupefacenti si osserva per la cannabis, mediamente circa 39,3 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2013, con un sostanziale aumento rispetto al dato medio riscontrato nel 2012 (28,4).

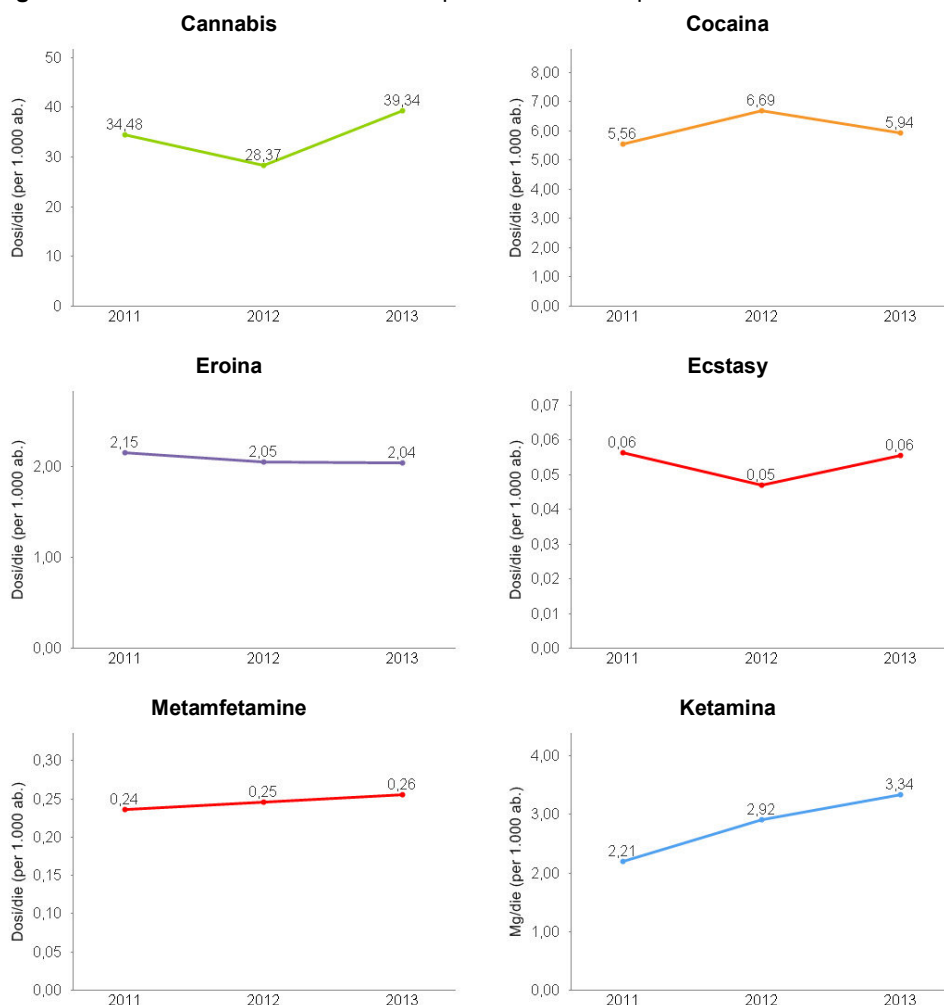
Il consumo della cocaina presenta, invece, un calo nei consumi dal 2012 al 2013 (da 6,7 a 5,9 dosi), attestandosi ad un valore più vicino a quello osservato per il 2011 (5,7). Per quanto riguarda il consumo di eroina, si osserva una certa stabilità in tutto il periodo (poco più di 2 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti), come pure risulta stabile il livello di consumo delle metamfetamine (0,2 dosi).

I consumi di ecstasy tornano sui livelli del 2011 (0,06) dopo esser leggermente calati nel 2012 (0,05), mentre il consumo di ketamina presenta un trend in crescita, passando da 2,2 a 3,3 milligrammi al giorno.

Cannabis: consumi in aumento



**Figura 25:** Concentrazioni di sostanze stupefacenti nelle acque reflue. Anni 2011-2013



Fonte: Studio AquaDrugs 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Con riferimento alla campagna di rilevazione 2013, vengono di seguito presentati i relativi profili di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti per ciascun centro di rilevazione e nel totale. Al fine della rappresentazione congiunta di tutte le sostanze per centro di rilevazione, garantendo nel contempo una visualizzazione efficace della differenziazione dei consumi, nello stesso grafico sono state rappresentate differenti scale di misura dei consumi di sostanze. Nel dettaglio, per i consumi di cannabis (THC) e cocaina è stata adottata la scala riferita al numero medio di dosi al giorno per 1.000 residenti (da 0 a 80 dosi/die per 1.000 abitanti), per l'ecstasy, l'eroina e le metamfetamine è stata utilizzata una scala con la stessa unità di misura ma con un intervallo inferiore (da 0 a 9 dosi/die per 1.000 residenti), infine per la ketamina è stata scelta l'unità di misura del numero di grammi al giorno, più rappresentativa delle dosi generalmente consumate per queste sostanze, con intervallo di valori da 0 a 10 grammi/die.

Dal prospetto di sintesi emerge che, oltre alla presenza di cannabis comune a tutti i 17 centri indagati (in particolare a Nuoro e Firenze con oltre 75 dosi/die per 1.000 abitanti), alcuni centri appartenenti all'area geografica dell'Italia nord-orientale (Verona, Bologna, Gorizia), dell'Italia centrale (Firenze, Terni) e della Sardegna (Cagliari, Nuoro) sono caratterizzati da un'alta concentrazione di eroina, la quale risulta invece decisamente inferiore nei centri urbani dell'Italia meridionale e della Sicilia.

Il consumo di ketamina sembra interessare maggiormente l'Italia settentrionale e centrale, in particolare Firenze (7,6 grammi/die), Bologna e Torino (6,6

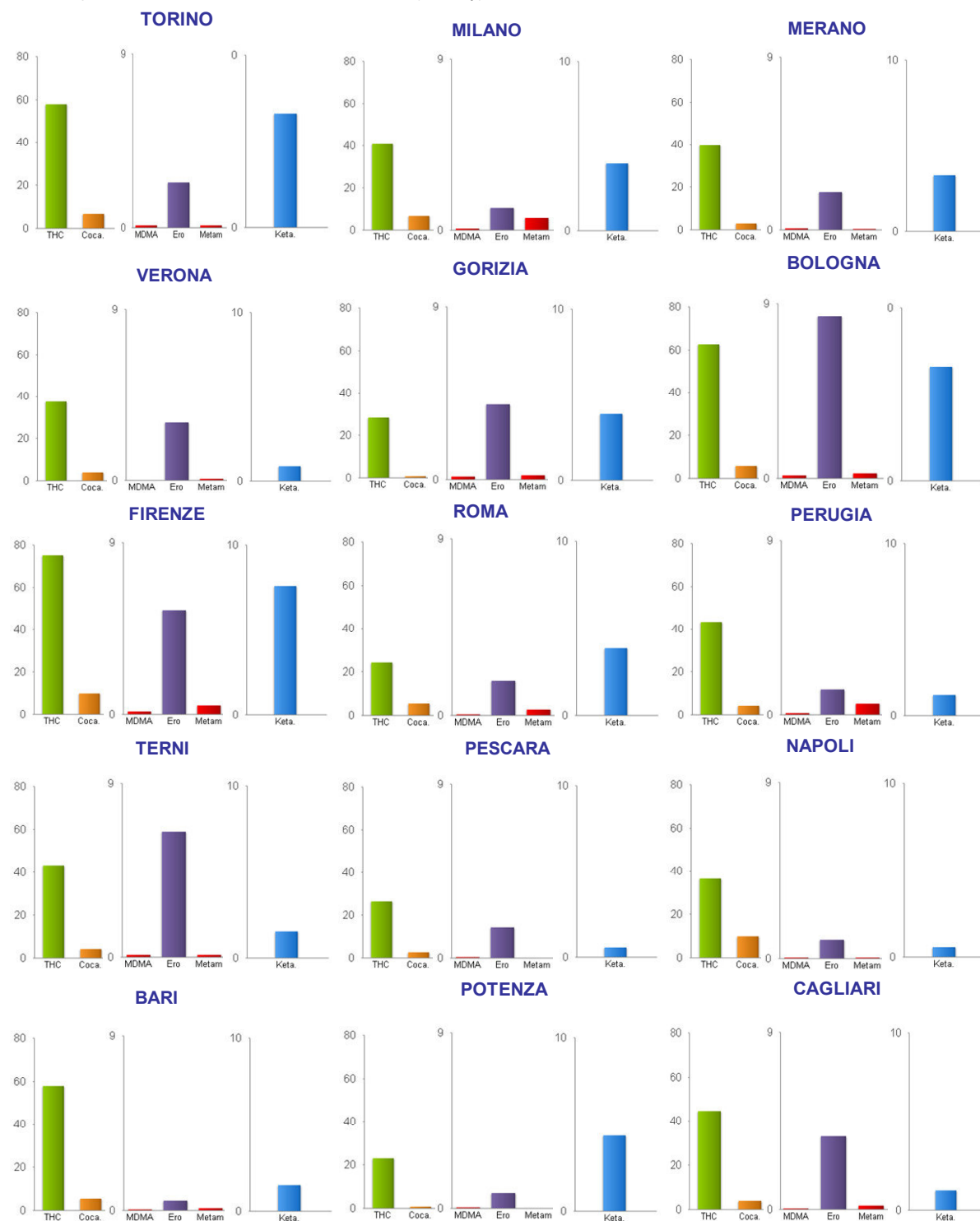
Profili di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti per ciascun centro urbano

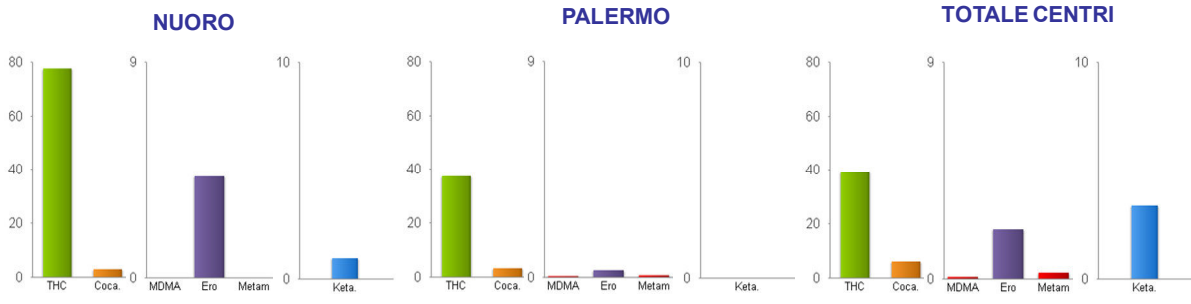
grammi/die). Concentrazioni inferiori al grammo/die di questa sostanza si osservano invece nelle città dell'Italia meridionale/insulare, con esclusione di Potenza (4,3 grammi/die).

Consumi elevati di cocaina si rilevano a Firenze e Napoli (più di 9 dosi/giorno/1.000 abitanti), seguite da Milano, Torino, Bologna, Roma e Bari (5-6 dosi/giorno/1.000 residenti).

**Figura 26:** Distribuzione dei consumi di sostanze stupefacenti stimati mediante analisi delle acque reflue in alcuni centri urbani. Anno 2013

Sostanze presentate nell'ordine: THC, Cocaina, MDMA (Ecstasy), Eroina, Metamfetamine, Ketamina



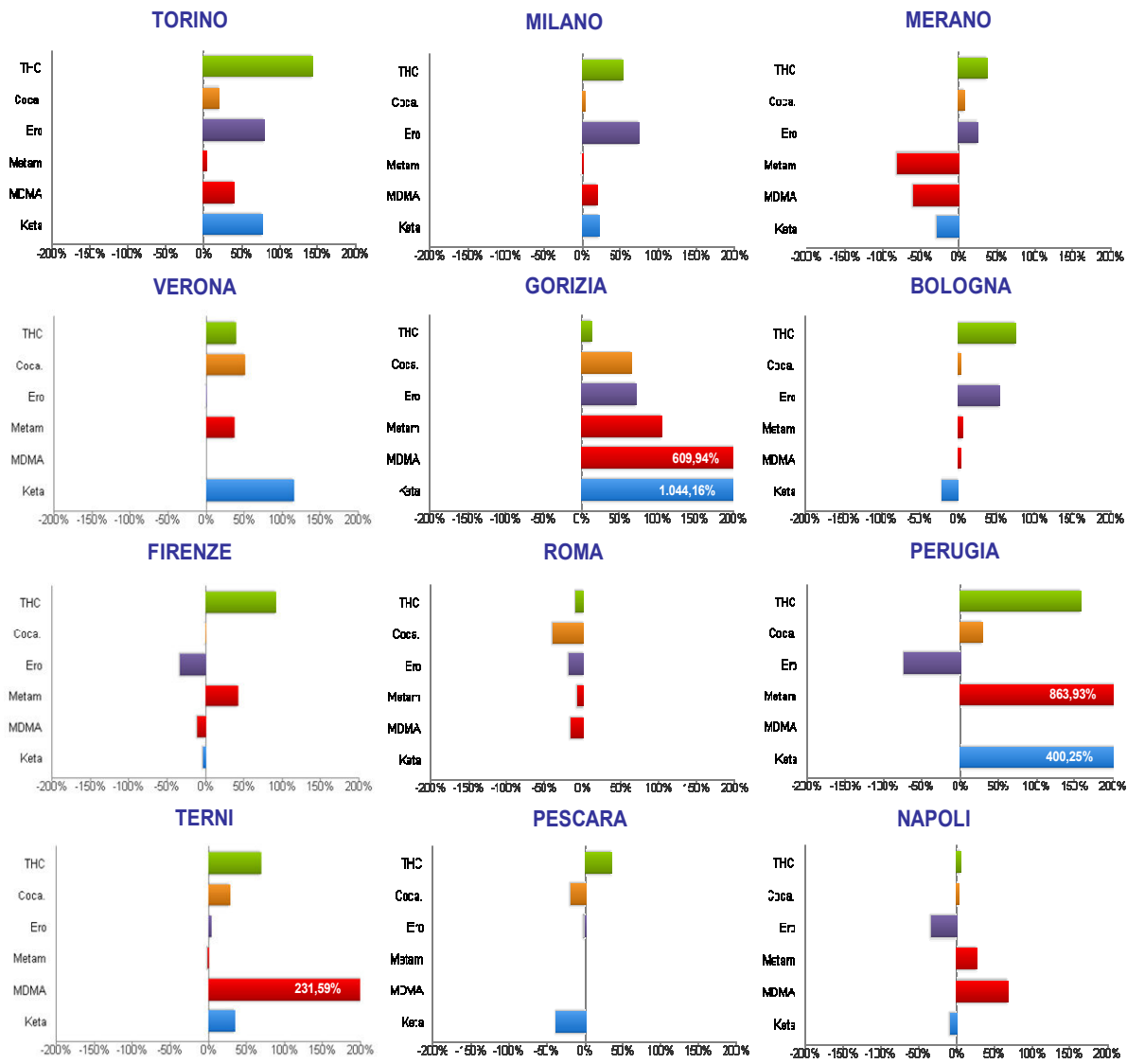


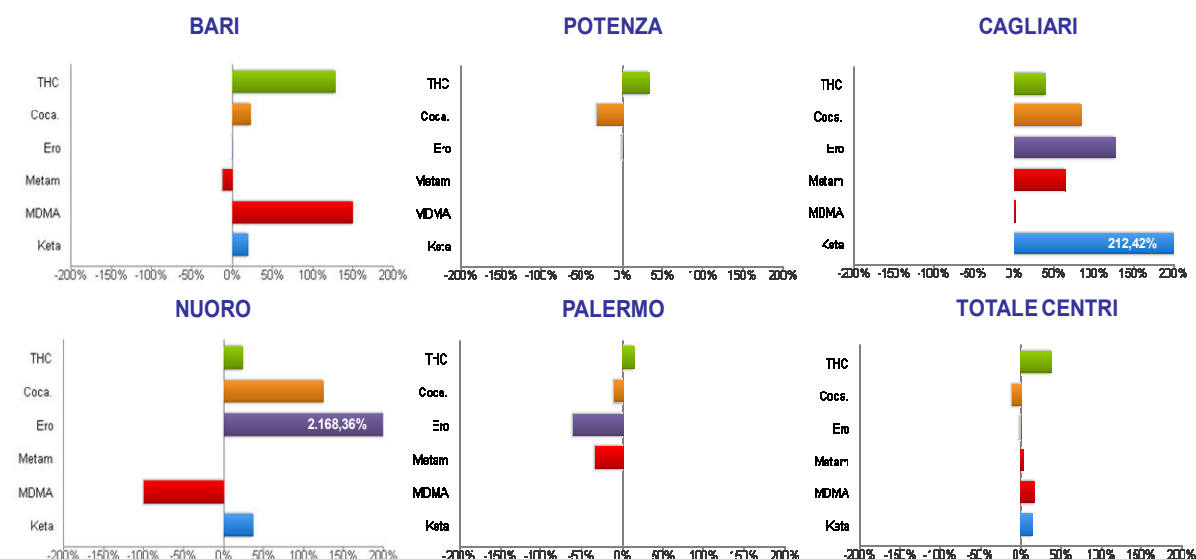
Fonte: Studio AquaDrugs 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Considerando i risultati delle campagne di rilevazione degli ultimi due anni, in concordanza con quanto mostrato nella figura precedente, vengono rappresentati gli scostamenti, in valore percentuale, dei consumi delle varie sostanze stupefacenti rilevati nel 2012 e nel 2013, per ciascun centro e nel totale.

**Figura 27:** Scostamento percentuale dei consumi di sostanze stupefacenti stimati mediante analisi delle acque reflue in alcuni centri urbani. Anni 2012-2013

Sostanze presentate nell'ordine: THC, Cocaina, Eroina, Metamfetamine, MDMA (Ecstasy), Ketamina





Fonte: Studio AquaDrugs 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Scostamenti dei consumi di sostanze stupefacenti tra il 2012 ed il 2013

Dal prospetto emerge che, per quanto riguarda la cannabis, l'incremento maggiore rispetto al 2012 si osserva nella città di Perugia (+158,3%) seguita da Torino (+143,1%). Roma, invece, è l'unico centro che nel 2013 ha evidenziato una contrazione nei consumi di questa sostanza (-9,2%). In generale, considerando il totale dei centri indagati, si rileva che il consumo di cannabis mostra un aumento del 38,6% rispetto al 2012.

Valutando alcuni casi specifici, si osserva nella città di Gorizia un aumento di tutte le sostanze indagate, come pure a Cagliari e Torino (anche se in misura minore), mentre città come Merano e Palermo presentano una contrazione generale nei consumi di tutte le sostanze.

Variazioni di consumo elevate nell'ultimo anno si rilevano nei due centri della Sardegna: Cagliari (+129% per l'eroina, +86% per la cocaina) e Nuoro (+2.168% per l'eroina, +126% per la cocaina).

Per quanto riguarda i consumi di metamfetamine, a Perugia viene rilevato il maggior incremento rispetto al 2012 (+864%), mentre per l'ecstasy l'aumento maggiore dei consumi è emerso a Gorizia (+610%) e Terni (+232%). Infine, per la ketamina si un notevole incremento a Gorizia (+1.044%), a Perugia (+400%) e a Cagliari (+212%).

#### 1.4 Gambling e gioco d'azzardo e patologico

In Italia il fenomeno del gioco d'azzardo è in continua crescita e in questi anni sta assumendo dimensioni sempre più rilevanti, come osservabile dall'andamento delle statistiche dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ex AAMS) relative alla quantità di denaro giocato. In parallelo si stanno anche rafforzando le evidenze scientifiche che portano a connotare quanto la pratica del gioco d'azzardo può esitare in sviluppo di forme di vera e propria dipendenza (gioco d'azzardo patologico) o comportamenti a rischio (gioco d'azzardo problematico). La problematica emergente ha suscitato molte e diversificate reazioni sia in ambito politico sia sociale e destato grande interesse in molti gruppi e settori della sanità non ultimo per le problematiche secondarie correlate e le negative conseguenze economico-finanziarie che sono state rilevate su vari gruppi familiari coinvolti in questo problema. Speso infatti si è visto che associato al gioco d'azzardo patologico vi sono fenomeni di usura e di comportamenti illegali che impoveriscono e mettono questi malati e le loro famiglie in condizioni molto problematiche e di povertà. Ad oggi tuttavia non esistono studi e dati epidemiologici accreditati in grado di quantificare correttamente il problema, sia

nella dimensione che nella diffusione ed eventuali trend di evoluzione.

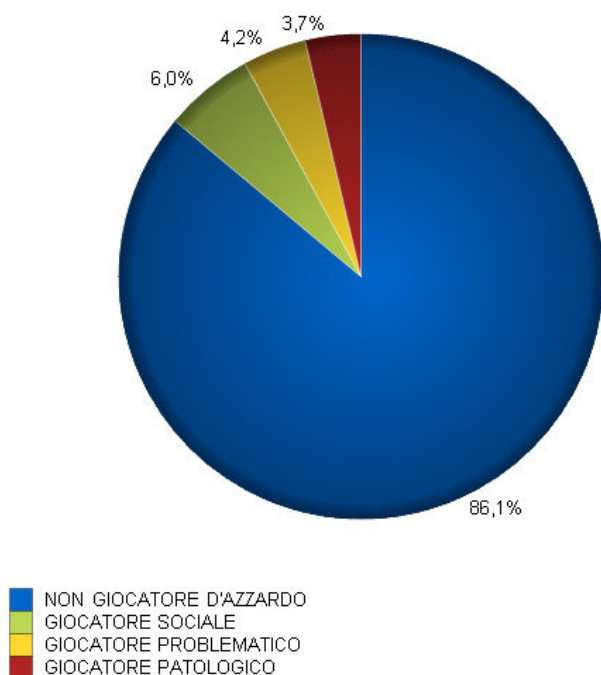
Il DPA a questo proposito ha provveduto a studiare e realizzare un flusso di dati aggregati, che permetterà di poter stimare meglio questa realtà complessa che mostra già segnali evidenti di un fenomeno socio-sanitario rilevante e non trascurabile o minimizzabile.

Nell'ambito dello studio SPS, la prevalenza del gioco d'azzardo patologico è stata stimata tramite la somministrazione della versione italiana validata del questionario South Oaks Gambling Screen – Revised for Adolescents (SOGS-RA).

Tale strumento consente di individuare i giocatori d'azzardo sociali (considerano il gioco come una buona occasione per socializzare e condividere con altri divertimento, fantasie e aspettative non sproporzionate, tenendo distinti i comportamenti di rischio dai valori della vita), i giocatori d'azzardo problematici (pur non essendo ancora arrivati alla vera e propria patologia, hanno già cominciato a separarsi da un atteggiamento prudente nei confronti del gioco) ed i giocatori d'azzardo problematici (hanno sostituito alla dimensione magica e ludica una dimensione di dipendenza dove i pensieri, le priorità e i valori confluiscono e si fondono nella ripetizione compulsiva della giocata).

**Figura 28:** Distribuzione della popolazione scolastica 15-19 anni secondo le tipologie di giocatori d'azzardo, individuati in base alla scala SOGS-RA. Anno 2014

Circa l'8% di giocatori problematici o patologici

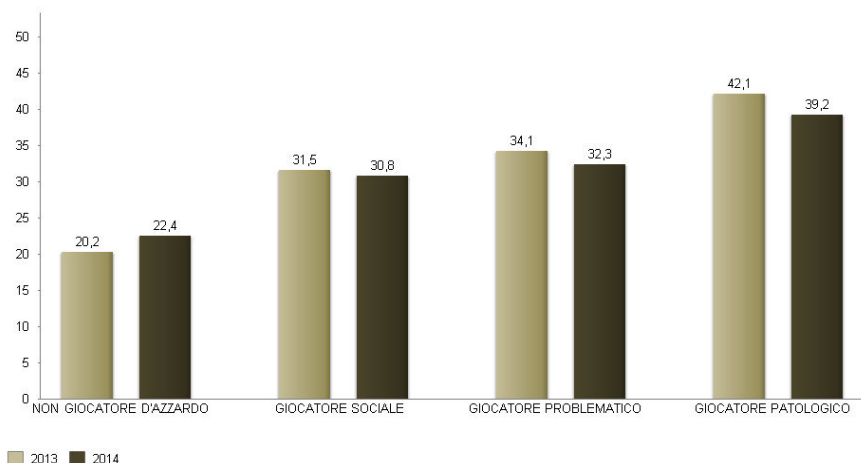


Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Utilizzando tale scala di misura, è stato possibile identificare all'interno della popolazione scolastica di 15-19 anni, una quota di giocatori sociali pari al 6,0% degli intervistati, una quota di giocatori problematici (4,2%) ed una quota di giocatori patologici (3,7%). Si stima, quindi, che circa l'8% degli studenti 15-19enni abbia un approccio problematico o addirittura patologico al gioco d'azzardo.

Nel 2014: 4,2% studenti con gioco problematico; 3,7% studenti con gioco patologico

Osservando tale fenomeno nel biennio 2013-2014, si riscontra una tendenza alla contrazione dei casi di studenti problematici e patologici rispetto al comportamento del gioco d'azzardo.

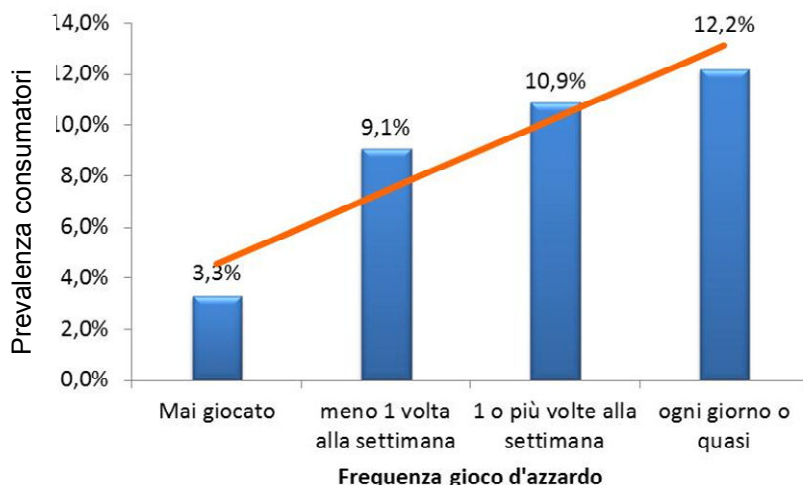
**Figura 29:** Relazione tra consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi e tipologia di giocatori d'azzardo nella popolazione studentesca 15-19 anni. Anni 2013-2014

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Un'interessante associazione è stata trovata tra le tipologie di giocatori e il consumo di sostanze stupefacenti dichiarato dalla popolazione giovanile (15-19 anni). Si osserva una significativa correlazione tra le due condizioni, che conferma quanto rilevato nell'edizione precedente dello studio.

La relazione, tra la frequenza della pratica del gioco d'azzardo ed il consumo di sostanze stupefacenti, è stata osservata anche nella popolazione generale in età 18-64 anni, mediante lo studio GPS condotto nel 2012.

Forte associazione tra tipologia di giocatori e consumo di sostanze stupefacenti

**Figura 30:** Relazione tra consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi e tipologia di giocatori d'azzardo nella popolazione generale 18-64 anni. Anno 2012

Forte associazione tra frequenza di gioco e consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale (18-64 anni)

Fonte: Studio GPS – DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

## 2. SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO E SOGGETTI IN TRATTAMENTO

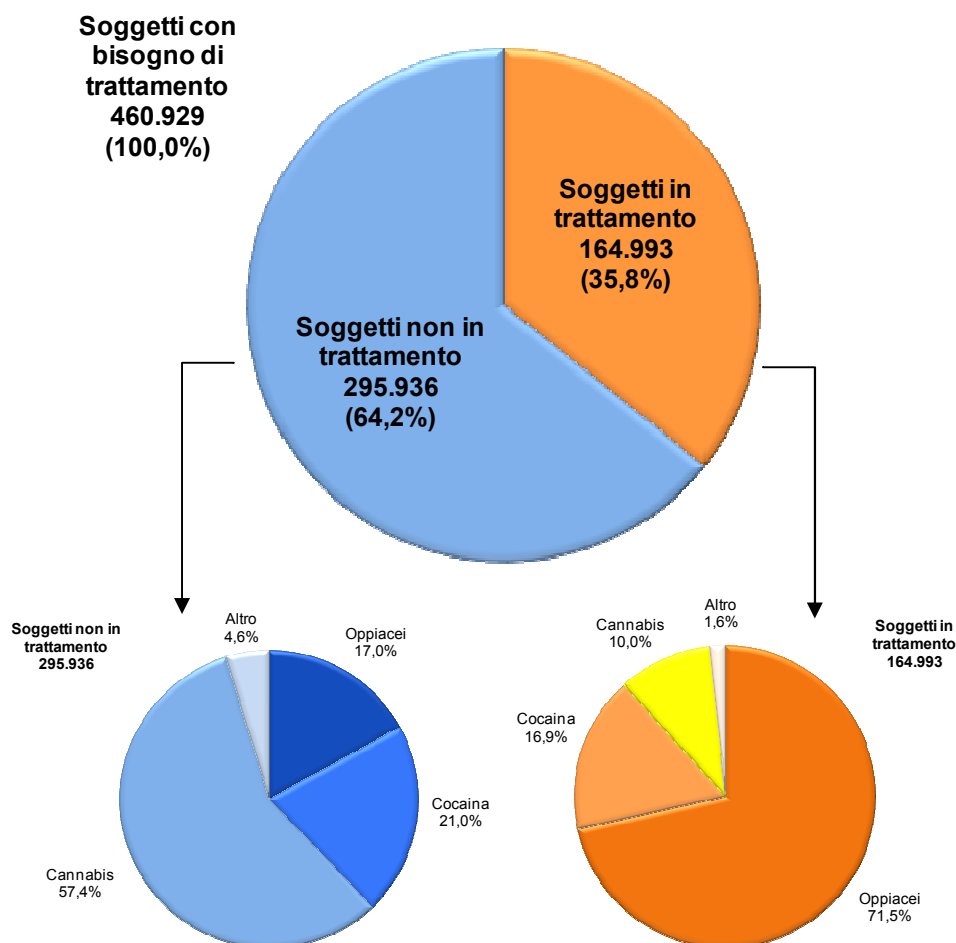
### 2.1 Soggetti eleggibili a trattamento

I soggetti con dipendenza da sostanze (tossicodipendenti con bisogno di trattamento) risultano pari a circa 461.000 soggetti (461.500 nel 2012) e rappresentano l'11,9 per 1.000 residenti italiani di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi, 295.936 (7,2 per 1.000 residenti) non risultano essere in trattamento presso i servizi di assistenza e si suddividono in circa 50.000 dipendenti da oppiacei (1,3 per 1.000 residenti), circa 62.000 da cocaina (1,6 per

461.000 il numero stimato di soggetti con bisogno di trattamento

1.000 residenti) e circa 170.000 da cannabis (4,4 per 1.000 residenti).

**Figura 31:** Soggetti con bisogno di trattamento, suddivisi tra soggetti assistiti e soggetti non assistiti per oppiacei, cocaina, cannabis e altro. Valori percentuali. Anno 2013



Fonte: Elaborazione su dati Ministero Salute e Ministero Interno

(\*) I soggetti in trattamento nel 2013 sono 164.993 di cui 162.353 per oppiacei, cocaina e cannabis e 2.640 per altre sostanze (stimolanti, allucinogeni, psicofarmaci, altre droghe).

(\*\*) Per 70.611 soggetti in trattamento la sostanza primaria non è nota; sono state quindi applicate le stesse proporzioni osservate nei soggetti in trattamento con sostanza primaria nota.

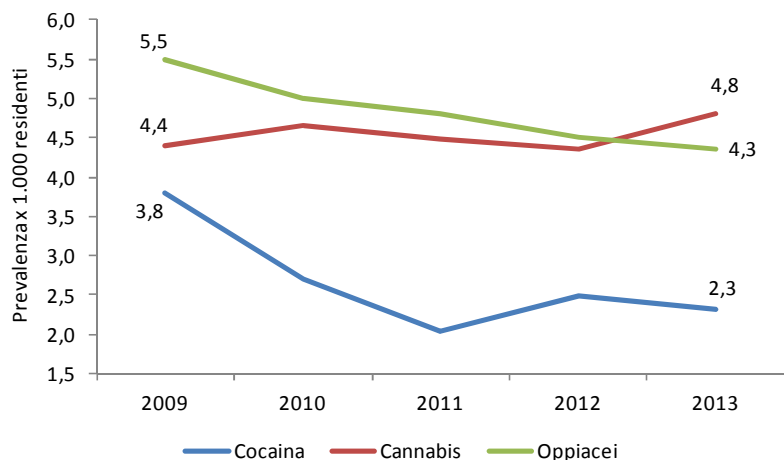
Approfondendo l'analisi a livello regionale, limitatamente alle informazioni disponibili sulle persone con bisogno di trattamento per oppiacei, emerge che le regioni con un maggior numero di consumatori sono, nell'ordine: Liguria, Molise, Toscana e Sardegna, con prevalenze superiori a 6,0 per 1.000 residenti di età compresa tra 15 - 64 anni.

L'andamento temporale delle stime di prevalenza conferma una tendenza alla diminuzione dal 2009 al 2013 del contingente di soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei, in parte imputabile alla maggior intercettazione dei soggetti con bisogno di assistenza dalle strutture del servizio sanitario nazionale (Figura 32), ed in parte imputabile a variazioni nella qualità dei dati introdotte con l'uso del nuovo sistema informativo SIND.

Andamento simile si osserva anche per la cocaina, per la quale si nota una sostanziale diminuzione del contingente di soggetti eleggibili al trattamento, più marcata nel triennio 2009-2011.

Un trend pressoché stabile si osserva, nel periodo 2009-2012, per la cannabis, con un successivo incremento della popolazione con bisogno di trattamento che passa dal 4,4% nel 2012 al 4,8% nel 2013 (Figura 32).

**Figura 32:** Trend del tasso di prevalenza dei consumatori con bisogno di trattamento per Cocaina, Cannabis, Oppiacei (casi x 1.000 abitanti di età 15-64 anni). Anni 2009-2013\*.

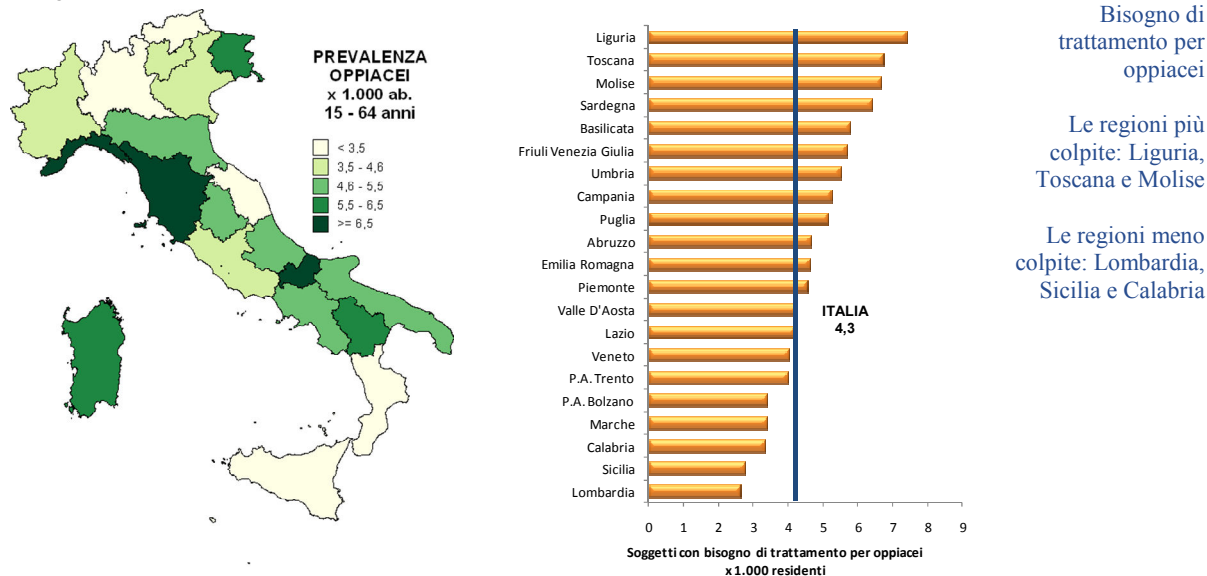


Fonte: Elaborazione su dati Ministero Salute e Ministero Interno

\* Dati 2009-2012 per Cocaina e Cannabis aggiornati al 2013

Concentrando l'analisi sui consumatori di oppiacei con bisogno di trattamento, per i quali sono disponibili le stime a livello regionale (Figura 33), emerge che le aree in cui si osserva una prevalenza più elevata sono la Liguria (7,4 casi per mille residenti), la Toscana (6,7 casi per mille residenti) ed il Molise (6,7 casi per mille residenti). Le regioni in cui si stima la prevalenza più bassa sono la Lombardia (2,6 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni), la Sicilia (2,7 casi per mille residenti) e la Calabria (3,3 casi per mille residenti).

**Figura 33:** Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013

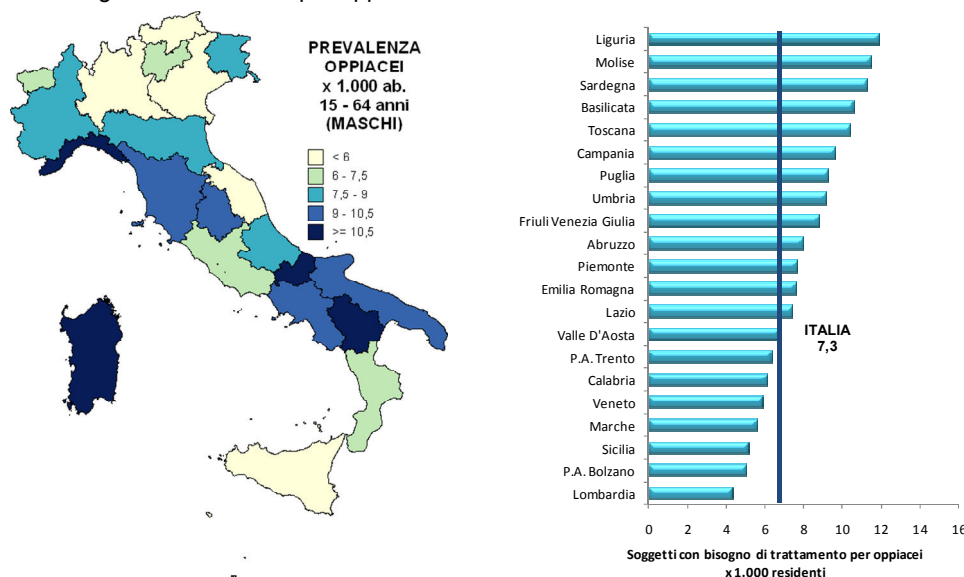


Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Per quanto riguarda le stime dei soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei per genere, si osservano valori sensibilmente più elevati per i maschi rispetto alle femmine (7,3 vs 1,4 soggetti ogni 1.000 residenti 15-64 anni), con differenze nei due profili per genere nelle distribuzioni delle prevalenze regionali. Tra le regioni con maggior popolazione maschile con necessità di trattamento, figurano la Liguria, il Molise e la Sardegna, mentre tra le regioni in cui il fenomeno è meno rilevante, compaiono la Lombardia, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Sicilia (Figura 34).



**Figura 34:** Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti maschi con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013



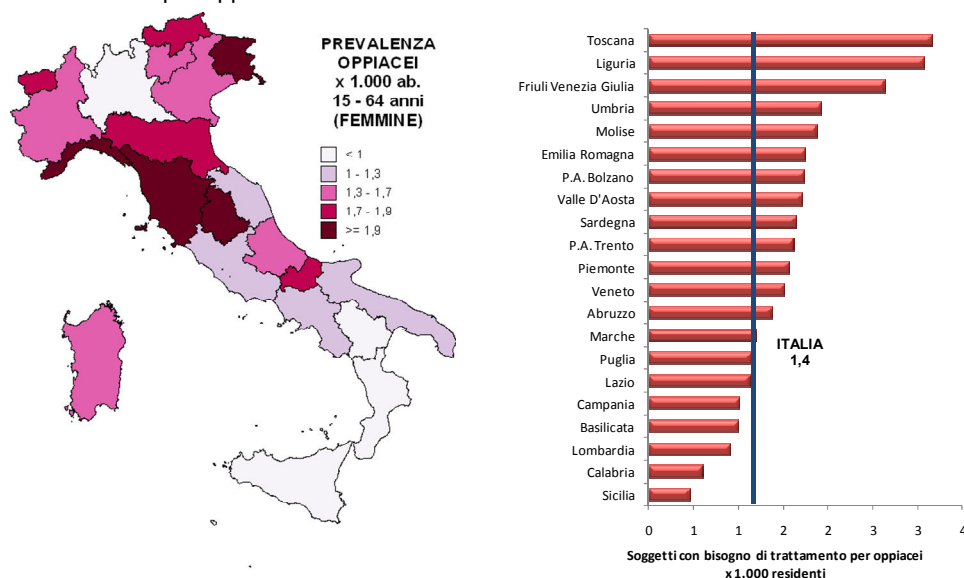
Bisogno di trattamento specifico per oppiacei nei maschi (15-64 anni): Liguria, Molise, Sardegna, Basilicata

Le regioni meno colpite: Lombardia, PA Bolzano, Sicilia

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

La distribuzione della popolazione femminile con bisogno di trattamento per oppiacei (Figura 35), evidenzia un maggior consumo tra la popolazione femminile in Toscana, 3,2 persone ogni 1.000 residenti di età 15-64 anni. Ai vertici della graduatoria figurano anche le Regioni Liguria e Friuli Venezia Giulia; mentre le Regioni meridionali (Calabria, Sicilia, Basilicata, Campania e Puglia), insieme a Lombardia e Lazio, sembrano essere meno colpite dal fenomeno.

**Figura 35:** Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di donne con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013



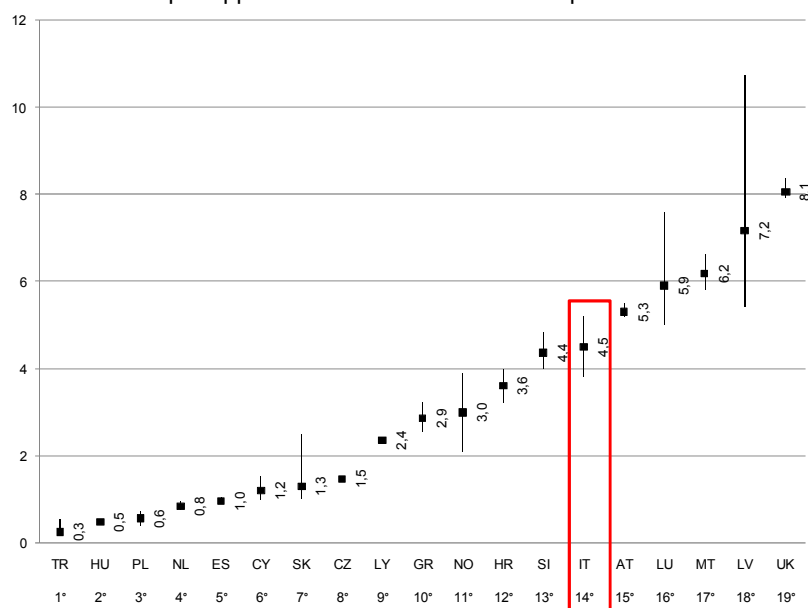
Bisogno di trattamento per oppiacei nelle donne (15-64 anni)

Le regioni più colpite: Toscana, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Umbria

Le regioni meno colpite risultano: Sicilia, Calabria, Lombardia, Basilicata

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Interessante risulta il confronto a livello Europeo delle stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei (Figura 36). Considerando le stime disponibili per 19 Paesi UE, le prevalenze del consumo problematico di oppiacei per l'anno 2012, variano da meno di uno a circa otto casi per 1.000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni. L'Italia (IT) si colloca alla posizione 14 della graduatoria, con una stima molto simile a quella della Slovenia (SI).

**Figura 36:** Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei – confronto a livello Europeo

Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2014

## 2.2 Soggetti in trattamento

Il sistema informativo nazionale dipendenze (SIND), secondo le indicazioni del Decreto, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012. Da tale data, quindi, le Regioni e le Province Autonome dovevano dotarsi di un sistema informativo per la raccolta dei dati individuali dell'utenza assistita dai servizi.

Il flusso SIND prevede la raccolta di informazioni relative all'anagrafica delle strutture, al personale in servizio presso i servizi per le tossicodipendenze e le attività erogate dai servizi stessi per l'assistenza a tossicodipendenti. Il sistema, infine, raccoglie i dati anonimi relativi al monitoraggio dell'HIV.

Alla data del 16 giugno 2014, l'adeguamento delle Regioni al nuovo flusso informativo non è avvenuto su tutto il territorio nazionale, rimanendo quindi parzialmente o totalmente scoperto il debito informativo di alcune Regioni.

Trasmissione dati  
da parte delle  
Regioni e PP.AA.

Nel 2013, i servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) hanno assistito complessivamente 164.993 persone (164.101 nel 2012). Questi dati sono stati calcolati utilizzando il flusso informativo del Ministero della Salute con un indice di copertura dei servizi di assistenza superiore al 90%.

164.993 utenti in  
trattamento nei  
Ser.T

**Tabella 11:** Utenti in carico nei Servizi secondo il tipo di trattamento. Anni 2012-2013

Regioni e P.P.A.A.	Utenza 2013			Totale 2012
	Nuovi Utenti	Utenti già in carico	Totale	
Abruzzo <sup>(1)</sup>	565	3.328	3.893	3.994
Basilicata <sup>(1)</sup>	174	1.191	1.365	1.404
Calabria <sup>(2)</sup>	938	2.713	3.651	3.651
Campania <sup>(1)</sup>	1.449	13.810	15.259	15.937
Emilia Romagna <sup>(1)</sup>	1.819	11.216	13.035	13.035
Friuli Venezia Giulia <sup>(1)</sup>	571	2.701	3.272	3.173

continua

continua

Regioni e P.P.A.A.	Utenza 2013			Totale 2012
	Nuovi Utenti	Utenti già in carico	Totale	
Lazio <sup>(1)</sup>	2.974	15.325	18.299	15.153
Liguria <sup>(1)</sup>	856	5.190	6.046	7.110
Lombardia <sup>(1)</sup>	3.961	15.858	19.819	18.188
Marche <sup>(1)</sup>	1.107	2.321	3.428	4.993
Molise <sup>(2)</sup>	267	881	1.148	1.148
Piemonte <sup>(1)</sup>	1.683	10.026	11.709	9.747
Prov. aut. Bolzano <sup>(1)</sup>	178	844	1.022	725
Prov. aut. Trento <sup>(1)</sup>	140	983	1.123	1.068
Puglia <sup>(1)</sup>	3.016	12.316	15.332	15.185
Sardegna <sup>(3)</sup>	646	4.840	5.486	5.486
Sicilia <sup>(1)</sup>	1.180	6.446	7.626	10.941
Toscana <sup>(1)</sup>	4.238	14.175	18.413	17.948
Umbria <sup>(1)</sup>	413	2.631	3.044	3.083
Valle d'Aosta <sup>(1)</sup>	29	253	282	273
Veneto <sup>(1)</sup>	2.120	9.621	11.741	11.859
<b>Totale</b>	<b>28.324</b>	<b>136.669</b>	<b>164.993</b>	<b>164.101</b>

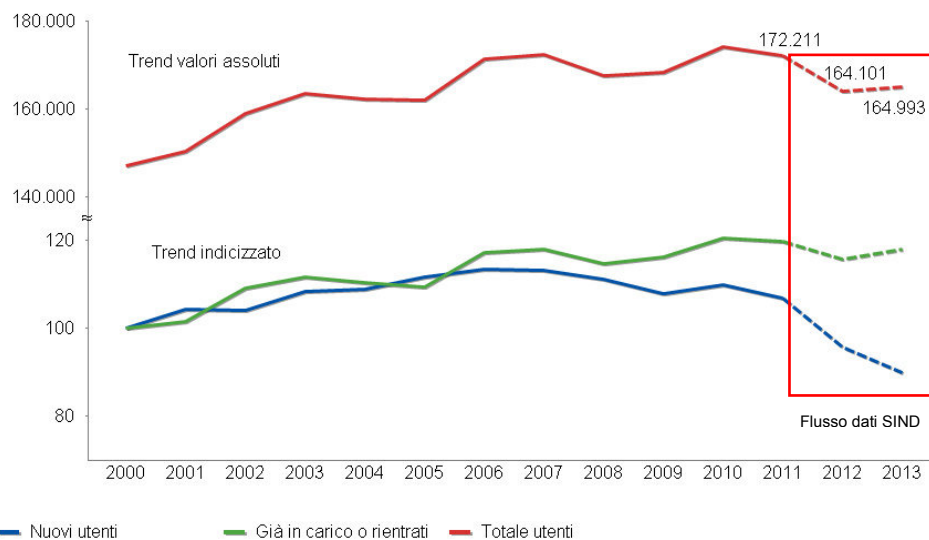
<sup>(1)</sup> Dati flusso SIND

<sup>(2)</sup> Dati schede ANN 2011

<sup>(3)</sup> Dati aggregati flusso SIND e schede ANN 2011

Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

**Figura 37:** Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto - Valori assoluti e valori indicizzati (Anno base 2000 = 100) . Anni 2000 - 2013



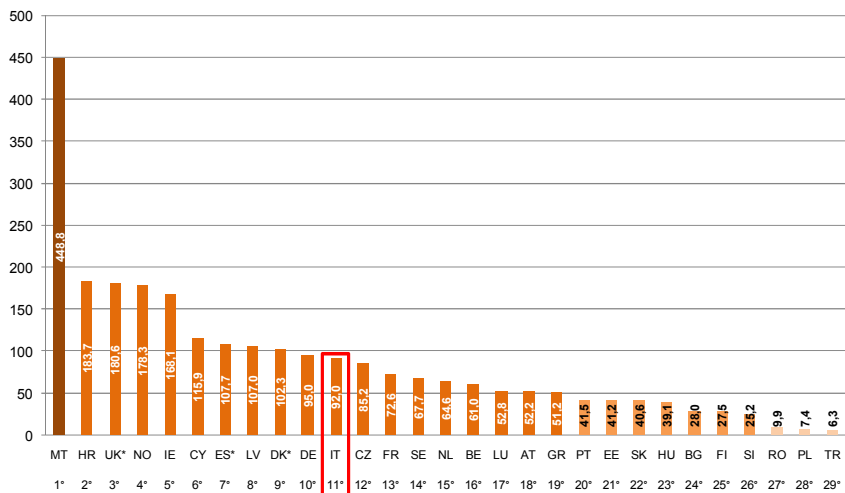
Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

Osservando il trend degli utenti in trattamento, dal 2000 al 2006 si è assistito ad un costante aumento delle persone tossicodipendenti assistite dalla rete dei servizi pubblici del servizio sanitario nazionale; in seguito, dal 2007 fino ad oggi, tale numerosità sembra oscillare attorno ad un valore pari a circa 165.000 utenti (164.101 nel 2012, 164.993 nel 2013), sebbene dal 2011 i dati provengano dal nuovo flusso informativo SIND, quindi la variabilità osservata è in parte motivata da oscillazione endogene al sistema informativo, e non tanto quindi al fenomeno oggetto di studio (Figura 37).

Rispetto al contesto europeo, il numero di utenti in trattamento presso i servizi in Italia si colloca all'11° posto della classifica europea, con 92 soggetti ogni

100.000 abitanti. Dati ben più alti si osservano in Spagna (107,7 soggetti) e nel Regno Unito (180,6%).

**Figura 38:** Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze, per 100.000 abitanti. Anno 2012



\* Dati 2011

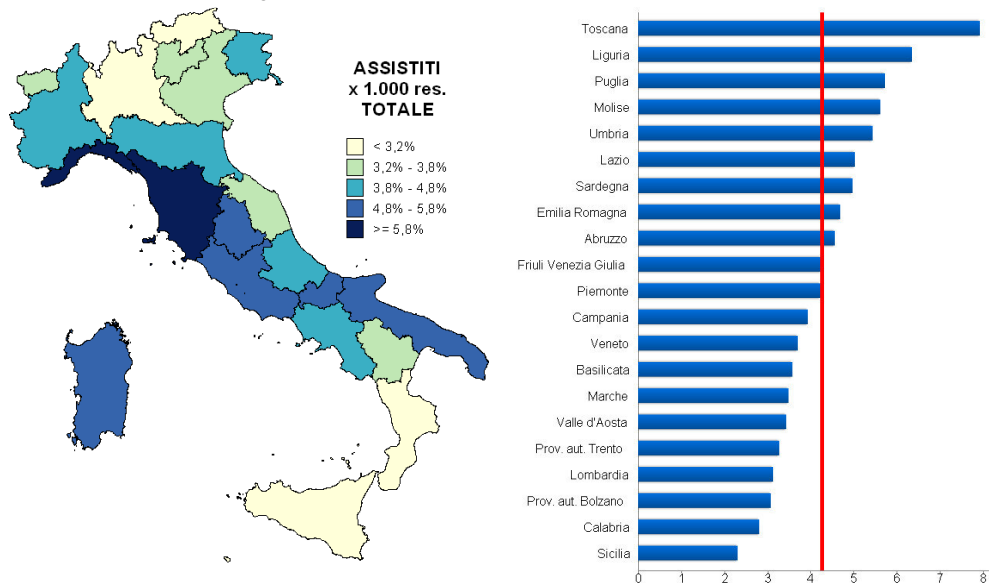
Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2014

Sempre in ambito europeo, è possibile notare che il profilo della nuova utenza per classi di età si differenzia notevolmente in relazione al contesto geografico di osservazione: i casi incidenti a livello europeo sono mediamente più giovani rispetto a quelli italiani. Questa differenza può essere in parte dovuta alla definizione che si utilizza per identificare la “nuova utenza”: nel caso italiano spesso questo termine indica i soggetti che afferiscono per la prima volta ad una struttura, con la conseguente sovrastima del contingente e della relativa età.

Nel corso del 2013, 28.324 soggetti hanno richiesto per la prima volta un trattamento presso i Sert, stimando un tempo medio di latenza tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 6,9 anni (oscillante tra 4,4 e 9,6 anni), con differenze notevoli da sostanza a sostanza (eroina 5,9 anni; cocaina 9,4 anni; cannabis 6,9 anni).

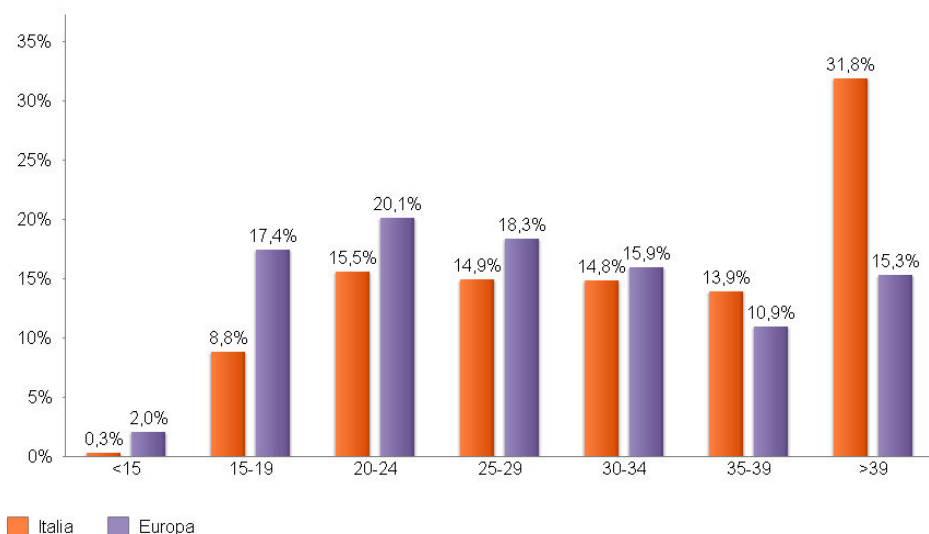
Diminuzione della richiesta di cura: 28.324 nuovi utenti nel 2013 (-1,2% rispetto al 2012)

**Figura 39:** Utenti assistiti dai Ser.T. per 1.000 residenti 15-64 anni per area geografica e scostamenti del dato regionale dalla media nazionale. Anno 2013



Fonte: Flusso SIND e schede ANN - Ministero della Salute

**Figura 40:** Percentuale Nuovi utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per classi di età, in Italia (dati 2012) ed in Europa (dati 2011).



Fonte: Flusso SIND e schede ANN - Ministero della Salute; Bollettino Statistico EMCDDA 2012

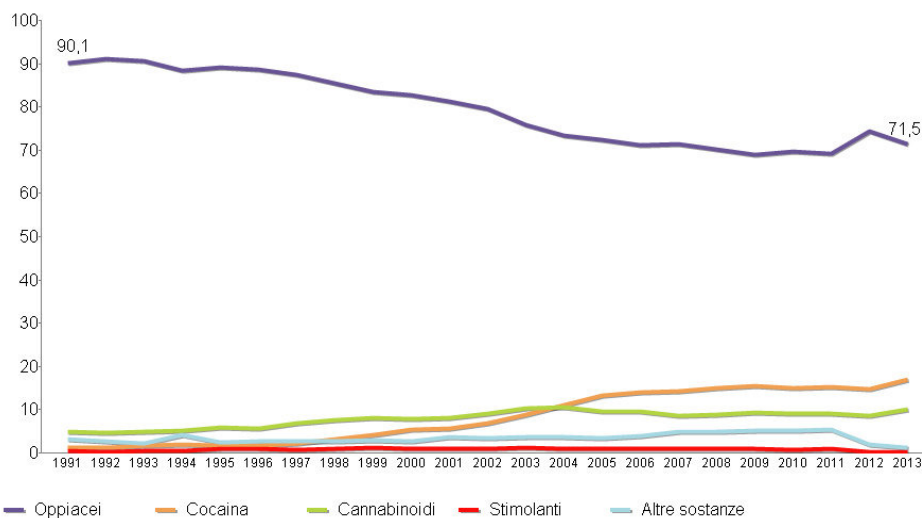
L'età media dei nuovi utenti è 34,2 anni, ed è in linea con quanto osservato per il 2012 (età media di 34,4 anni). Da segnalare che l'Italia presenta, rispetto agli altri stati europei, il più elevato numero di utenti in trattamento con età superiore a 39 anni, che può indicare una maggiore tendenza alla cronicizzazione delle situazioni di dipendenza.

Le sostanze primarie maggiormente consumate dagli utenti in trattamento risultano essere gli oppiacei (71,5), la cocaina (16,9%) e la cannabis (10,0%). Confrontando il dato italiano con quello europeo (2011) si osserva una maggior assunzione di oppiacei in Italia (71,5% contro 47,7%), un consumo pressoché simile di cocaina (16,9% contro 14,4%), ed un consumo nettamente inferiore di cannabis (10,0% contro 26,3%).

Sostanza primaria maggiormente assunta: eroina

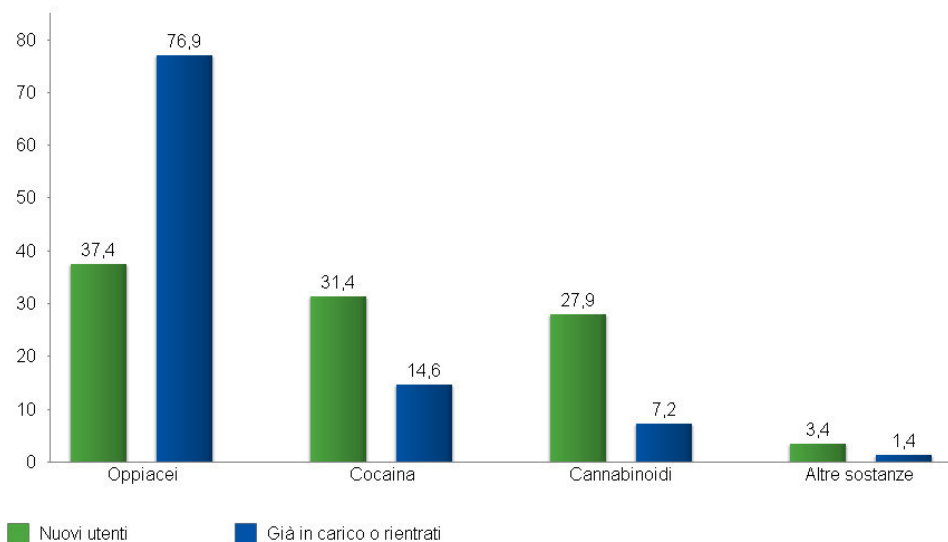
Le sostanze secondarie maggiormente utilizzate sono la cocaina (28,7%) e la cannabis (27,4%).

**Figura 41:** Distribuzione (%) degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza primaria. Anni 1991 – 2013



Fonte: Flusso SIND e schede ANN - Ministero della Salute

**Figura 42:** Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo la sostanza d'abuso prevalente. Anno 2013



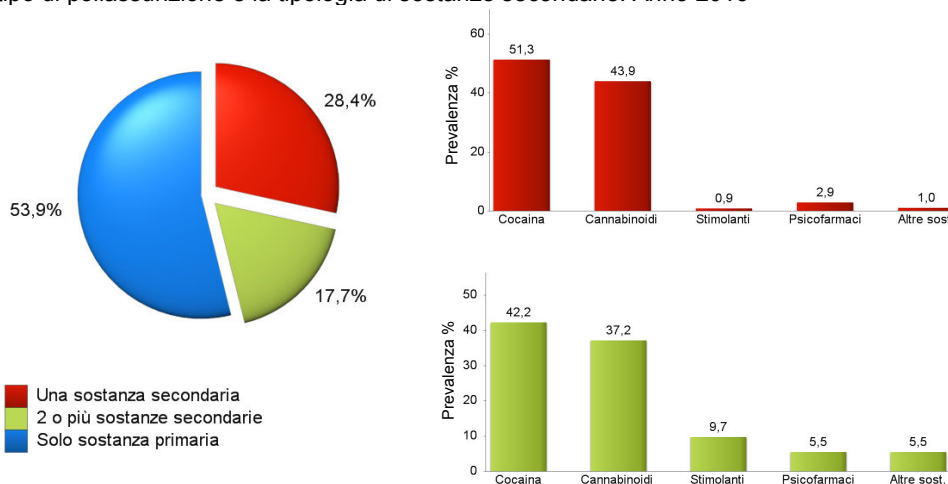
Fonte: Flusso SIND e schede ANN - Ministero della Salute

Nell'ultimo anno si osserva una diminuzione di quasi 3 punti percentuali degli utenti in trattamento per uso di oppiacei, mentre si rileva un aumento degli utenti in trattamento per cocaina (+2%).

Le regioni con le maggiori percentuali di utenti in carico per uso primario di oppiacei sono nell'ordine: Abruzzo, Valle D'Aosta, Trentino Alto Adige e Marche.

Le prevalenze più elevate di utenti in carico per uso primario di cocaina si riscontrano nelle regioni Lombardia, Emilia Romagna e Sicilia.

**Figura 43:** Utenti che assumono **oppiacei** come sostanza primaria distribuiti secondo il tipo di poliassunzione e la tipologia di sostanze secondarie. Anno 2013



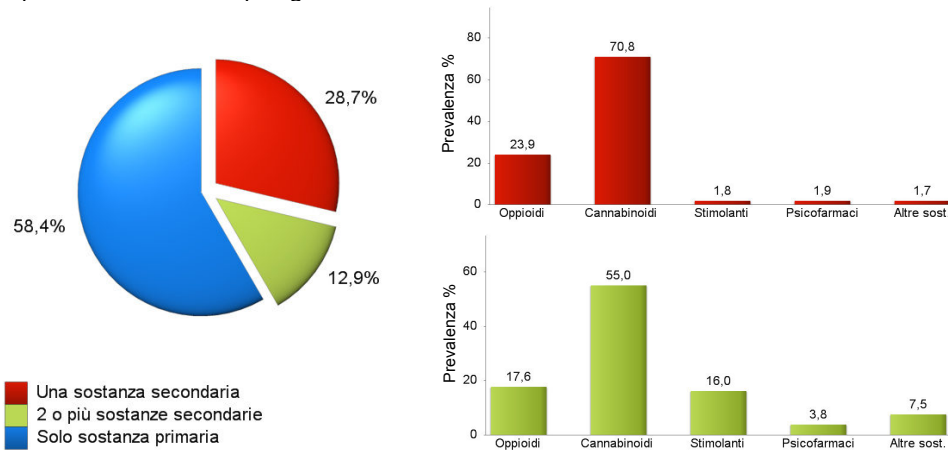
Fonte: Flusso SIND - Ministero della Salute

In Figura 43 vengono riportate le distribuzioni percentuali degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze, che assumono oppiacei come sostanza primaria. Vengono differenziati i soggetti che dichiarano un uso esclusivo di oppiacei (53,9%) da coloro che associano il consumo primario di oppiacei ad altre sostanze (28,4% consumo di oppiacei più un'altra sostanza secondaria, 17,7% consumo di oppiacei più 2 o più sostanze secondarie).

Tra le sostanze secondarie consumate con maggiore frequenza, si osservano la cocaina (51,3% tra coloro che dichiarano il consumo di una sola sostanza

secondaria, 42,2% nei soggetti che consumano 2 o più sostanze secondarie) e la cannabis (43,9% negli utenti con una sola sostanza secondaria, 37,2% tra coloro che dichiarano 2 o più sostanze secondarie).

**Figura 44:** Utenti che assumono **cocaina** come sostanza primaria distribuiti secondo il tipo di poliassunzione e la tipologia di sostanze secondarie. Anno 2013

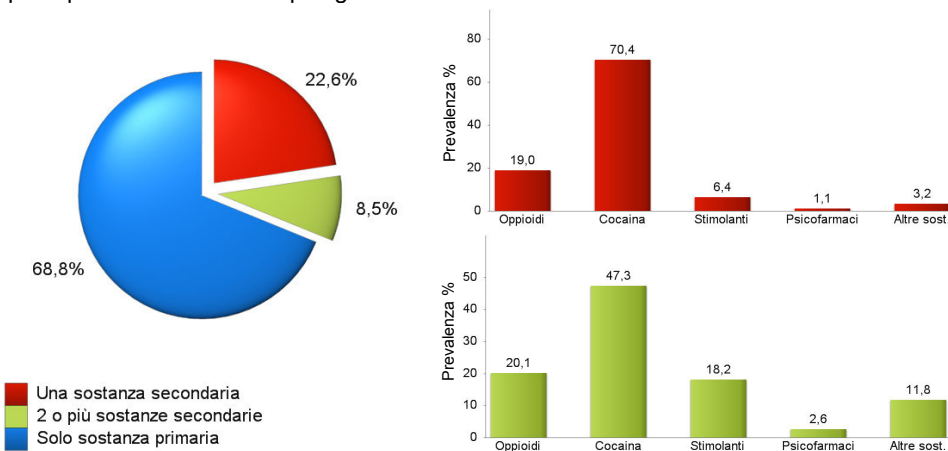


Fonte: Flusso SIND - Ministero della Salute

Tra coloro che usano cocaina come sostanza primaria, la maggioranza dichiara un uso esclusivo di questa sostanza (58,4%). Il 28,7%, oltre alla cocaina, consuma anche un'altra sostanza, in prevalenza cannabis (70,8%) ed oppiacei (23,9%). Il 12,9% indica il consumo di due o più sostanze oltre a quella primaria: più frequentemente cannabis (55,0%) e con percentuali inferiori anche oppioidi (17,6%) e cannabis (14,0%).

Tra coloro che usano cannabis come sostanza primaria si osserva un'elevata percentuale di soggetti che fanno uso esclusivo di questa sostanza (68,8%). Il 22,6%, oltre alla cannabis, assume anche un'altra sostanza, in prevalenza cocaina (70,4%). Solo l'8,5% degli utenti dichiara il consumo di due o più sostanze oltre alla cannabis come primaria; in quest'ultimo gruppo di soggetti vengono consumate, come sostanze secondarie, in particolare la cocaina (47,3%) e con frequenza inferiore gli oppioidi (20,1%) e gli stimolanti (18,2%).

**Figura 45:** Utenti che assumono **cannabis** come sostanza primaria distribuiti secondo il tipo di poliassunzione e la tipologia di sostanze secondarie. Anno 2013



Fonte: Flusso SIND - Ministero della Salute

Nel 2013 l'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa presenta un calo, rispetto al 2012, per la cocaina (dal 7,8% al 5,1% dei consumatori di cocaina), mentre si mantiene stabile per l'eroina (dal 57,1% al 57,5%); per quanto

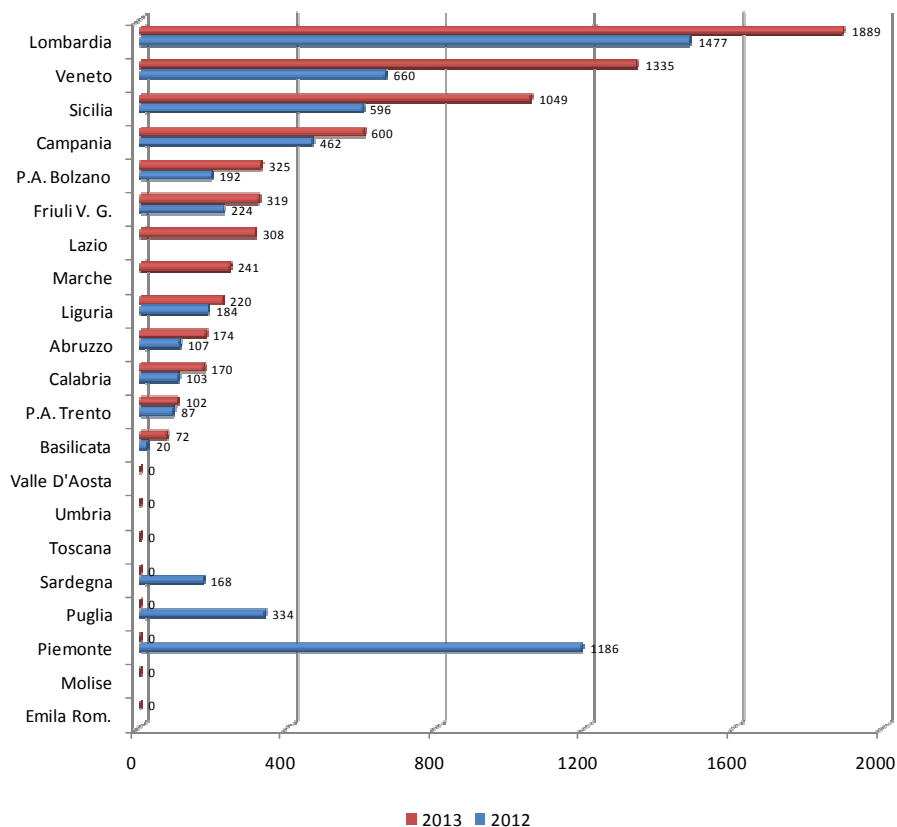
riguarda le benzodiazepine, invece, l'andamento subisce un'inversione di tendenza, presentando un netto aumento per tale modalità di assunzione (si passa dal 4,1% all'8,1%).

### 2.3 Soggetti in trattamento per gioco patologico (Gambling)

Attraverso la rilevazione GAP-DPA è stato chiesto alle Regioni/PP.AA. di trasmettere dati riepilogativi sui soggetti affetti da gambling patologico e sottoposti a trattamento presso le proprie strutture di cura. Emilia Romagna, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta non hanno trasmesso i dati in quanto la trasmissione di tale flusso non era obbligatoria o per l'assenza di un sistema di rilevazione specifico.

Le rilevazioni disponibili danno informazioni indicative sull'entità di un fenomeno emergente e probabilmente in fase di evoluzione.

**Figura 46:** Numero assoluto dei soggetti in trattamento per Regione/PPAA 2012-2013(\*)



Fonte: flusso GAP-DPA

(\*)Emilia Romagna, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta: 2013 dati richiesti ma non forniti

I soggetti sottoposti a trattamento per gioco patologico nel corso del 2013 sono stati 6.804 (83,2% maschi). Lombardia e Veneto sono le regioni con il maggior numero di soggetti trattati.



**Tabella 12:** Numero assoluto dei soggetti in trattamento per Regione/PPAA 2012-2013(\*)

Regioni e P.P.A.A.	2012	2013	Regioni e P.P.A.A.	2012	2013
Abruzzo	107	174	Piemonte	1.186	-
Basilicata	20	72	Prov. aut. Bolzano	192	325
Calabria	103	170	Prov. aut. Trento	87	102
Campania	462	600	Puglia	334	-
Emilia Romagna	-	-	Sardegna	168	-
Friuli Venezia Giulia	224	319	Sicilia	596	1.049
Lazio	-	308	Toscana	-	-
Liguria	184	220	Umbria	-	-
Lombardia	1.477	1.889	Valle d'Aosta	-	-
Marche	-	241	Veneto	660	1.335
Molise	-	-	<b>Totale</b>	<b>5.800</b>	<b>6.804</b>

Fonte: flusso GAP-DPA

(\*) Emilia Romagna, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta: 2013 dati richiesti ma non forniti

### 3. CONDIZIONI DROGA-CORRELATE

L'uso di sostanze stupefacenti, anche non iniettivo ed occasionale, comporta gravi danni per la salute, sia in ambito neuropsichico che internistico-infettivologico. Oltre a questo si aggiunge il rischio di incidenti stradali alcol-droga correlati ed i ricoveri droga-correlati. Tra le conseguenze oggetto di costante monitoraggio vi sono le patologie infettive droga-correlate, nella maggior parte dei casi sotto forma di infezione da HIV, le infezioni da virus epatitici e la TBC.

#### 3.1 Malattie infettive droga-correlate

Con l'introduzione del decreto SIND dell'11 Giugno 2010, che ha sostituito il precedente flusso di dati aggregati D.M. del 20/09/1997, l'invio delle informazioni da parte delle Regioni al Ministero della Salute e il successivo trasferimento al DPA sui test per infezione da HIV, epatite virale B ed epatite virale C per l'anno 2013, analogamente all'anno precedente, ha subito una serie di problemi e difficoltà tecniche (tipiche dell'avvio dei nuovi sistemi informativi complessi) che ha comportato una forte riduzione del numero di dati validi per le elaborazioni per la maggior parte delle Regioni e Province Autonome, rendendo di conseguenza inattendibili con i nuovi dati 2013 la rappresentazione aggiornata di un profilo nazionale dei risultati relativi a tale aspetto del fenomeno. Il Dipartimento Politiche Antidroga a tal fine, ritiene pertanto opportuno pubblicare i risultati delle elaborazioni condotte sui dati 2012 e 2013, provenienti dal flusso SIND, relativi alle sole 3 Regioni che hanno trasmesso dati elaborabili: Emilia-Romagna, Lombardia e Umbria.

I dati relativi ai test per HIV presentano, inoltre, anche un altro problema relativo alla privacy, in quanto, per mantenere tale condizione, il trasferimento dello specifico archivio è stato fatto in modo da non contenere alcun riferimento in grado di identificare, anche indirettamente, il singolo assistito, al fine di non perdere l'anonimato. Questo comporta l'impossibilità di individuare quelle persone alle quali il test è stato somministrato più volte nell'anno di riferimento (riportate più volte all'interno dell'archivio come singolo tracciato record non linkabile) andando a generare, in questo modo, conteggi multipli.

Tale aspetto risulta particolarmente importante nell'ambito delle analisi del numero di soggetti per i quali si dispone dell'informazione sull'esecuzione del test rispetto al contingente complessivo di persone assistite dai servizi, relativamente all'impossibilità del calcolo dell'indicatore. Infatti, potendo essere erroneamente un soggetto contato più volte, può verificarsi la condizione che il numero di soggetti con informazioni sull'esecuzione del test sia superiore al totale assistiti.

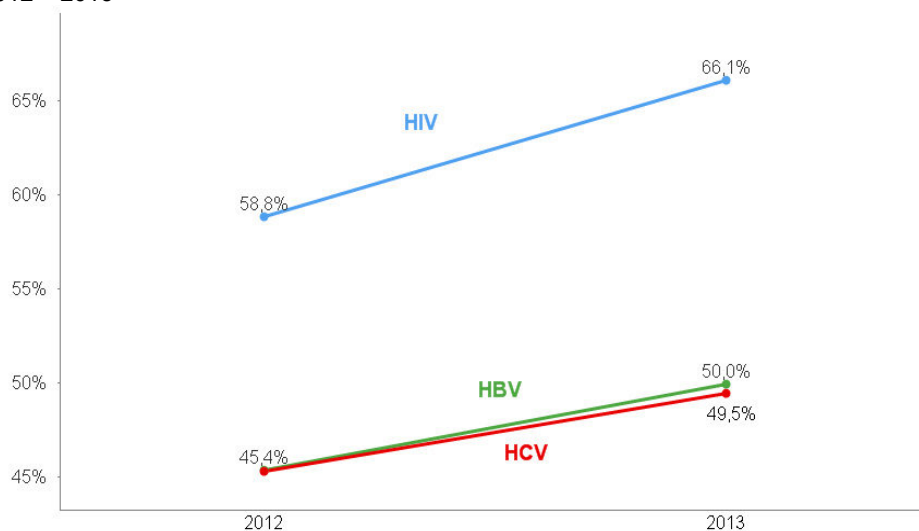
Con riferimento alle informazioni rilevate per il biennio 2012-2013, nelle tre regioni adempienti al debito informativo si osserva un aggravarsi della situazione di non testing dei pazienti tossicodipendenti in trattamento presso i servizi, per le principali infezioni da HIV, HCV e HBV.

Complessivamente, le persone non sottoposte a test HIV nel 2013 rappresentano il 66,1% delle persone assistite e testabili, a fronte del 58,8% del 2012 (incremento di oltre 7 punti percentuali di utenti non testati).

Più contenute le percentuali di assistiti non sottoposti a test HCV e HBV, nel 2013, rispettivamente pari a 49,5% e 50,0% (45,4% nel 2012 sia per HCV che per HBV).

Elevato tasso di NO  
Testing nei  
Ser.T.

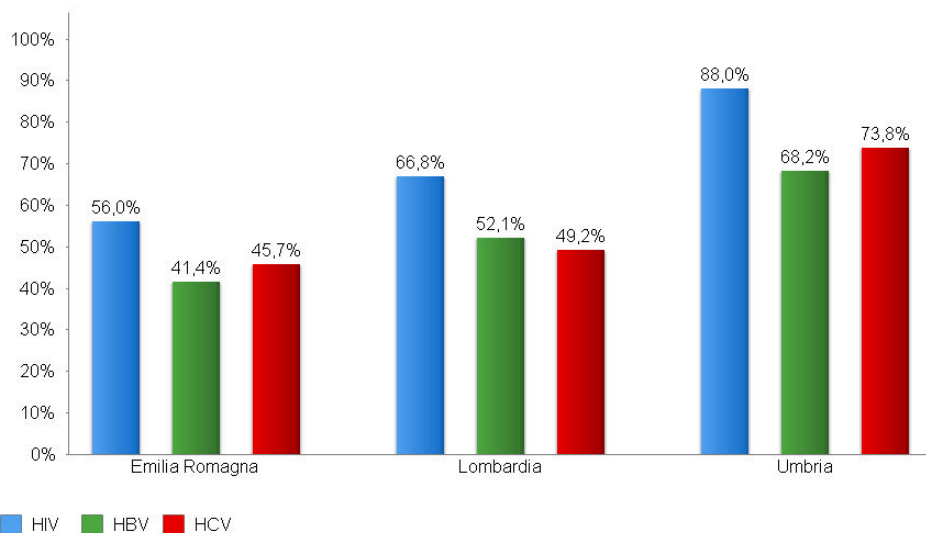
**Figura 47:** Percentuale di utenti **Non Testati** su testabili, a test HIV, HBV e HCV. Anni 2012 – 2013



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviati dalle Regioni e PP.AA.

Confrontando i dati per singola regione, l'Emilia Romagna presenta una maggiore pratica nel testing delle malattie infettive, riscontrando le percentuali più basse di utenti non testati, mentre le percentuali più alte si osservano in Umbria (88,0% per l'HIV, 73,8% per l'HCV e 68,2% per l'HBV).

**Figura 48:** Percentuale di utenti **Non Testati** su testabili, a test HIV, HBV e HCV. Anno 2013

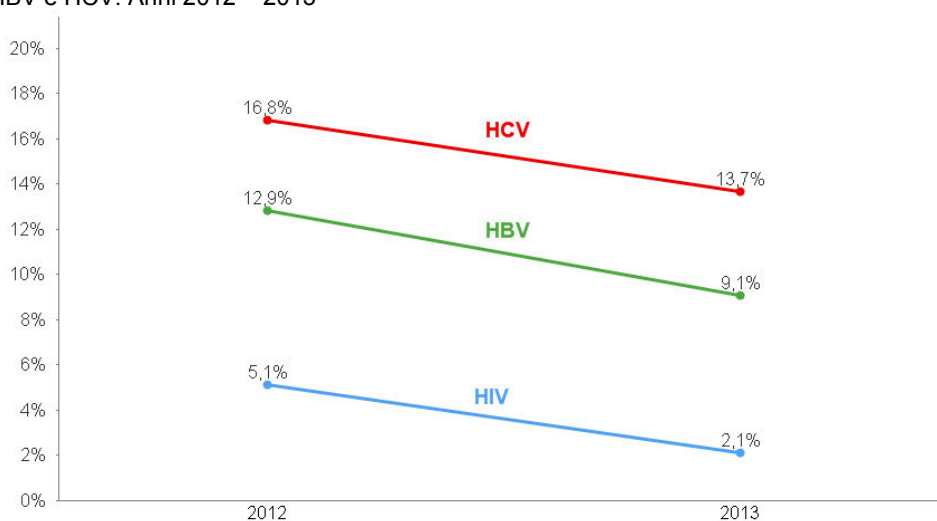


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Differenziando l'analisi dei risultati, tra nuovi utenti sottoposti a test e utenti già noti, emerge che in entrambi i casi, sebbene con propensioni differenti, le percentuali di soggetti positivi ai test per le malattie infettive tendono a diminuire.

Considerando, infatti, la nuova utenza, la percentuale di positivi testati nell'anno, scende da 16,8% nel 2012 a 13,7% nel 2013 per l'HCV, da 12,9% nel 2012 a 9,1% nel 2013 per l'HBV e passa da 5,1% nel 2012 a 2,1% nel 2013 per l'HIV.

**Figura 49:** Percentuale di **Nuovi Utenti** positivi nell'anno su testati esito certo, a test HIV, HBV e HCV. Anni 2012 – 2013



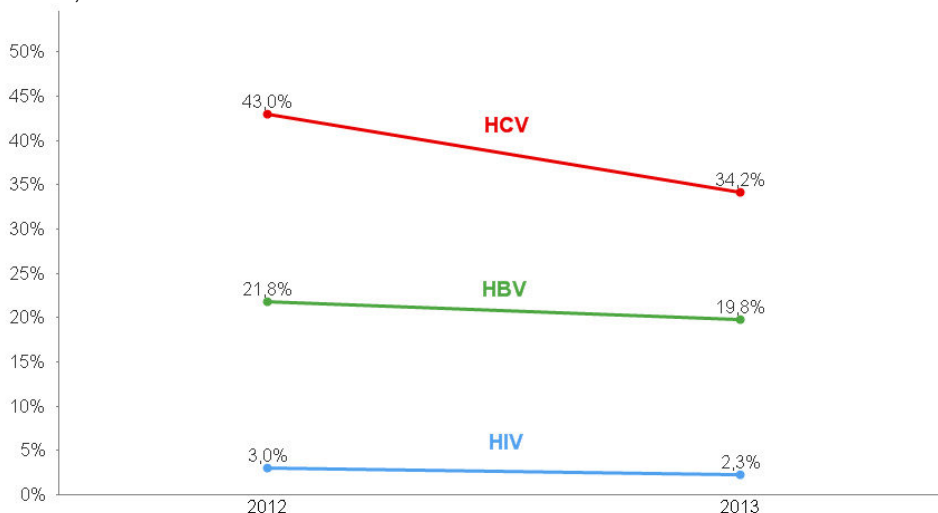
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Per l'utenza già in carico ai servizi, si rileva una riduzione nell'ultimo anno delle percentuali di utenti risultati positivi ai test HIV, HCV e HBV, anche se meno accentuata rispetto a quanto osservato per i nuovi utenti.

La riduzione nelle percentuali di utenti positivi ai test, tra il 2012 ed il 2013,

risulta più netta per l'epatite C (da 43,0% a 34,2%), e molto lieve per l'HBV (da 21,8% a 19,8%) e per l'HIV (da 3,0% a 2,3%).

**Figura 50:** Percentuale di utenti **Già in Carico** positivi nell'anno su testati esito certo, a test HIV, HBV e HCV. Anni 2012 – 2013

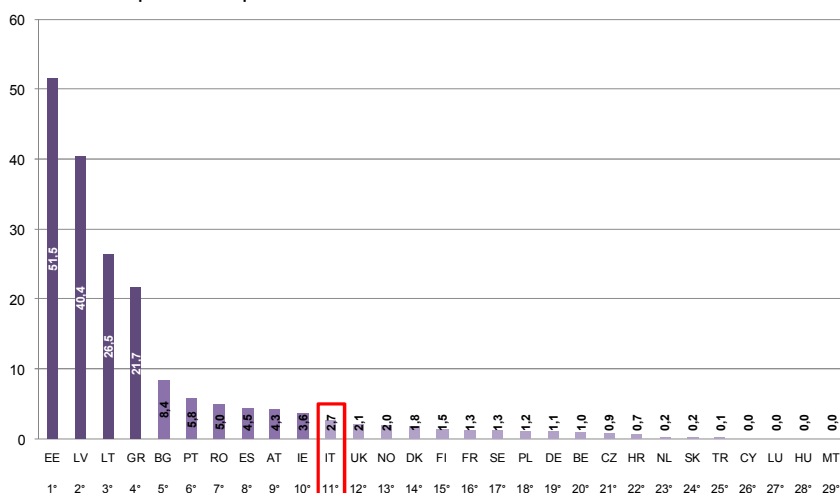


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Se da un lato, l'andamento dell'utenza sottoposta a test evidenzia una costante contrazione da oltre 10 anni, anche l'andamento delle persone risultate positive ai test HIV, HCV e HBV risulta in diminuzione nell'ultimo decennio.

Confrontando il tasso italiano di infezione da HIV in relazione con quello osservato nei vari paesi europei, si osserva che l'Italia, con un valore del tasso di infezione da HIV pari a 2,7 per 1.000.000 di abitanti, si colloca all'11° posto. Dati più elevati si osservano per Grecia, Polonia e Spagna, mentre i dati in assoluto più alti si riscontrano in Estonia (51,5), Lettonia (40,4).

**Figura 51:** Tasso di infezione da HIV con Nuova diagnosi e casi di AIDS diagnosticati tra i consumatori di stupefacenti per 1.000.000 ab. Anno 2011



Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2013 ultime indagini disponibili dal 2005

Nel 2012, i ricoveri con diagnosi (principale o concomitante) di AIDS conclamato o di sieropositività per HIV sono risultati pari al 4,6% del totale dei ricoveri droga correlati (1.057 ricoveri).

Per l'epatite virale B, tale percentuale risulta inferiore all'1%, in linea con il trend degli anni precedenti.

Nei ricoveri droga correlati, i pazienti che risultano affetti da epatite virale C sono

pari al 7,1%, corrispondente a 1.632 ricoveri.

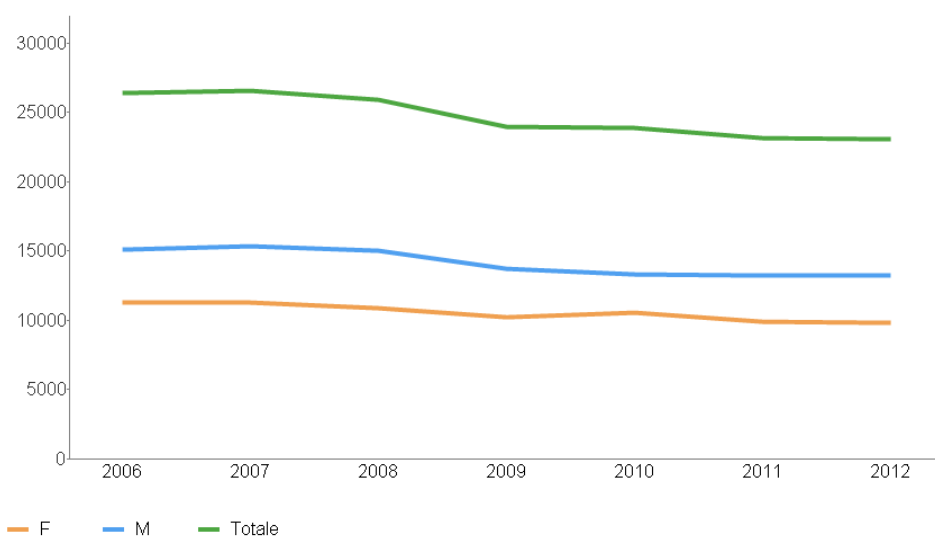
Infine si evidenzia un trend stabile della percentuale di ricoveri droga correlati per TBC (0,1% nel 2012).

### 3.2 Ricoveri ospedalieri droga-correlati

Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), si osserva un trend dei ricoveri ospedalieri droga-correlati in lieve contrazione negli ultimi anni. La maggior parte di pazienti accedono all'ospedale e, quindi al ricovero, dal pronto soccorso (63,8% di ricoveri urgenti).

Riduzione dello 0,3% dei ricoveri ospedalieri droga-correlati

Figura 52: Ricoveri ospedalieri droga-correlati distribuiti per genere. Anni 2006 – 2012



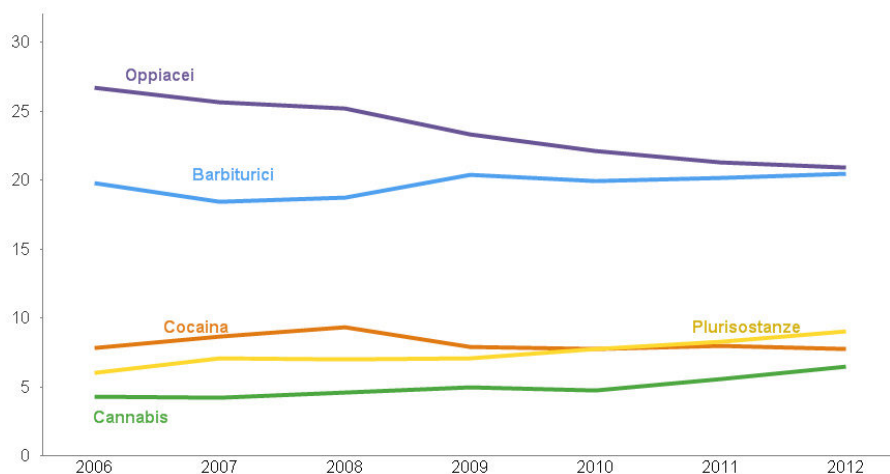
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Si osserva, inoltre, una percentuale piuttosto rilevante di dimissioni volontarie, sebbene stabile rispetto al precedente biennio (9,8%).

In accordo con l'aumento dei consumi di cannabis riscontrati nelle indagini epidemiologiche e nelle rilevazioni campionarie di acque reflue, anche il ricorso alle cure ospedaliere da parte dei consumatori di queste sostanze è aumentato nel 2012 (5,6% nel 2011 e 6,5% nel 2012). Si registra anche un lieve aumento dei ricoveri per uso di allucinogeni (0,5% nel 2011 e 0,6% nel 2012), di antidepressivi (2,8% nel 2011 e 2,9% nel 2012), di barbiturici (20,1% nel 2011 e 20,5% nel 2012) e di soggetti poliassuntori (8,3% nel 2011 e 9,0% nel 2012). Si segnala, invece, una contrazione dei ricoveri per uso di oppiacei (21,3% nel 2011 e 20,9% nel 2012), per uso di amfetamine (0,4% nel 2011 e 0,3% nel 2012) e per uso di cocaina (7,9% nel 2011 e 7,7% nel 2012).

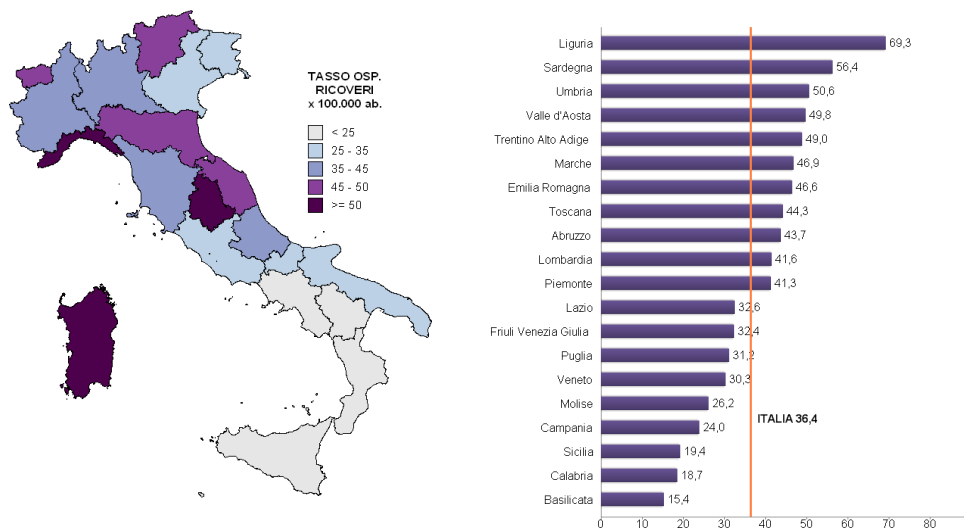
Aumento di ricoveri per uso di cannabis

Si rileva anche un numero di ricoveri per uso di barbiturici particolarmente elevato, in particolare nei soggetti con età avanzata, oltre i 65 anni. E' interessante notare che l'età dei pazienti ricoverati varia notevolmente a seconda della tipologia di sostanza d'abuso. L'età più rappresentata tra i pazienti ricoverati per abuso di cannabis è la fascia 20-24 anni, tra i ricoverati per abuso di cocaina è 35-39 anni, tra i ricoverati per eroina è 40-44 anni e per i pazienti ricoverati per abuso di barbiturici è 45-49 anni.

**Figura 53:** Ricoveri ospedalieri droga-correlati distribuiti percentualmente per sostanza d'abuso. Anni 2006 – 2012

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Le regioni con maggior tasso di ospedalizzazione per disturbi droga-correlati sono la Liguria, la Sardegna e l'Umbria, con un tasso superiore a 50 ricoveri per 100.000 abitanti (media nazionale pari a 36,4 ricoveri per 100.000 abitanti).

**Figura 54:** Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati – Anno 2012

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

### 3.3 Incidenti stradali droga-correlati

Gli incidenti stradali rappresentano un problema rilevante non solo per i consumatori, ma anche per le terze persone coinvolte in questi eventi.

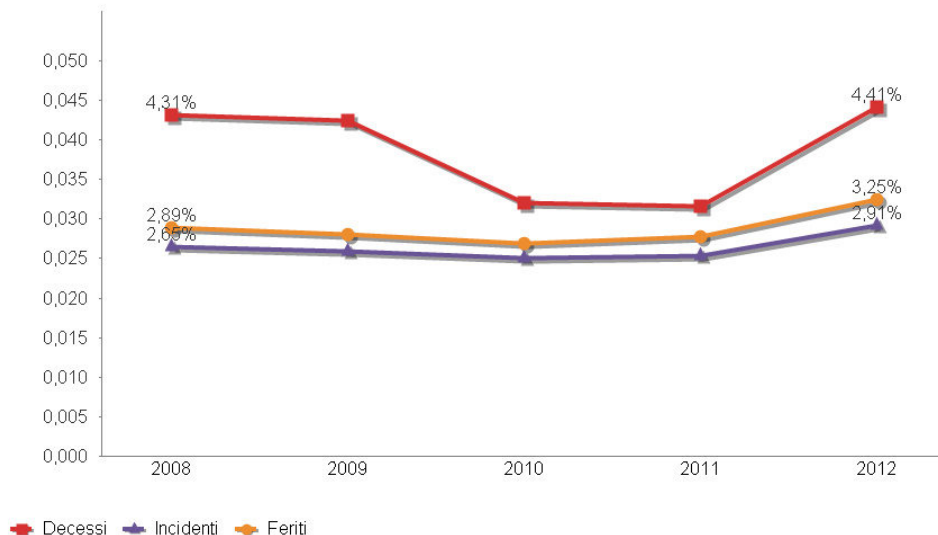
Nel 2012, gli incidenti stradali alcol-droga correlati sono risultati pari a 6.301, di cui 5.441 (86,4%) alcol correlati e 860 (13,6%) droga correlati

Si osserva un aumento marcato negli ultimi due anni nei valori legati all'alcol, pari a +4,4% per gli incidenti, a +32,0% relativamente ai deceduti ed infine a +6,3% per i feriti.

Riduzione dei  
morti, dei feriti in  
seguito ad incidenti  
stradali

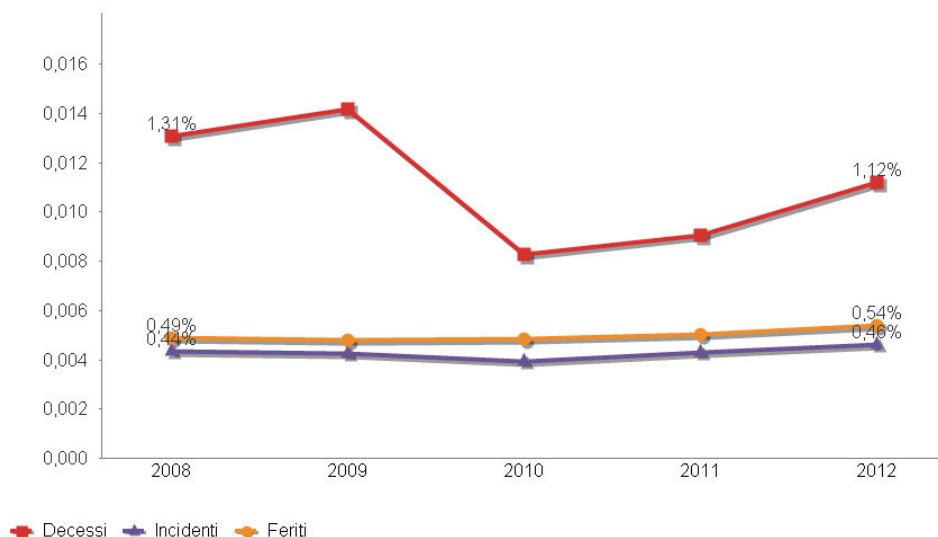
Nello stesso periodo, relativamente agli incidenti legati al consumo di droghe, si rileva una diminuzione del numero totale dei feriti (-3,2%) e degli incidenti stradali (-2,9%), mentre il numero di decessi aumenta (+17,1%).

**Figura 55:** Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia alcol correlati – Italia - anni 2008-2012 - valori percentuali



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

**Figura 56:** Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia droga correlati – Italia - anni 2008-2012 - valori percentuali



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

### 3.4 Decessi per intossicazione acuta droga-correlata

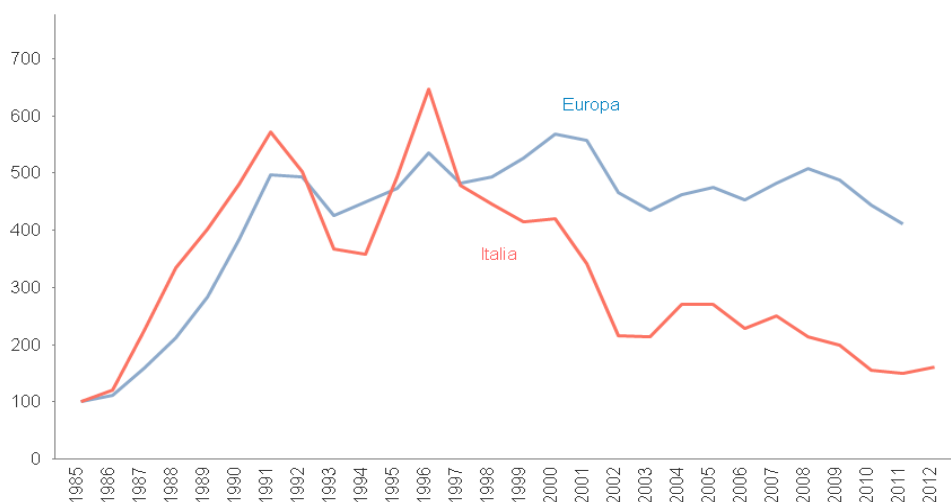
Si registra ormai da tempo un trend in decremento dei decessi droga correlati, con una riduzione più elevata in Italia rispetto agli altri Stati europei. A fronte di 1.002 decessi riscontrati nel 1999, sono stati rilevati solo 344 decessi nel 2013

Continua il calo della mortalità acuta droga-correlata

**Figura 57:** Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2013

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – DCSA

I decessi per intossicazione acuta da stupefacenti in Europa e in Italia hanno subito un'impennata negli anni ottanta e primi anni novanta. Dal 1997 al 2002, in Italia, il trend della mortalità evidenzia un andamento progressivamente decrescente, con molta probabilità dovuto all'aumento della disponibilità in quegli anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori. Nel periodo successivo, dal 2003 al 2009, il trend si stabilizza a valori lievemente superiori. Nell'ultimo triennio 2010-2012, il trend indicizzato risulta più stabile.

**Figura 58:** Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985-2012 (anno base 1985=100)

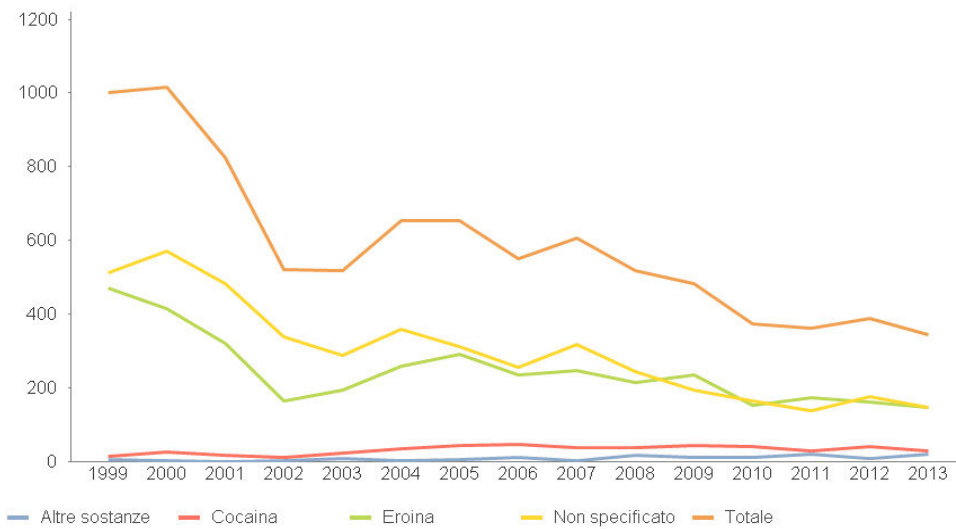
Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2014

Per circa il 45% dei decessi registrati nel 2013 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso; nel 42,4% circa dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nell'8,4% circa alla cocaina, nel 3,8% al metadone e nel restante 2,4% ad altre sostanze (amfetamina, barbiturici e hashish). L'eroina si conferma, quindi, lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi.



Nel 2013 l'età media dei decessi per l'eroina è di 40 anni circa, mentre per la cocaina risulta pari a 38 anni. Si rileva, inoltre, una tendenza all'aumento dell'età media al decesso.

**Figura 59:** Percentuale dei decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza d'abuso. Anni 1999-2013

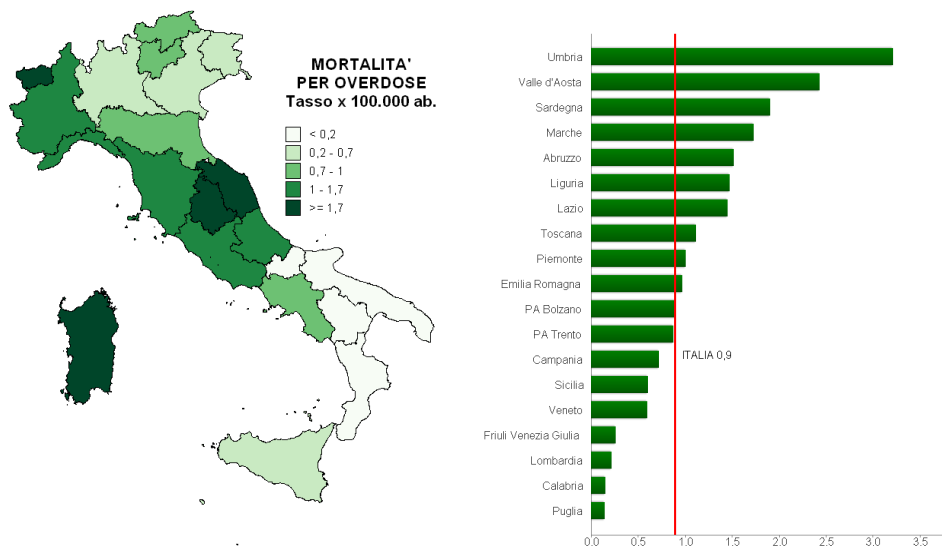


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – DCSA

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta a livello territoriale evidenzia che, anche nel 2013, l'Umbria risulta essere la Regione con il più alto tasso di mortalità acuta droga correlata, pari a circa 3 decessi ogni 100.000 residenti, seguita da Valle d'Aosta, Sardegna e Marche.

In Umbria il più alto numero di decessi per overdose

**Figura 60:** Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2013



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

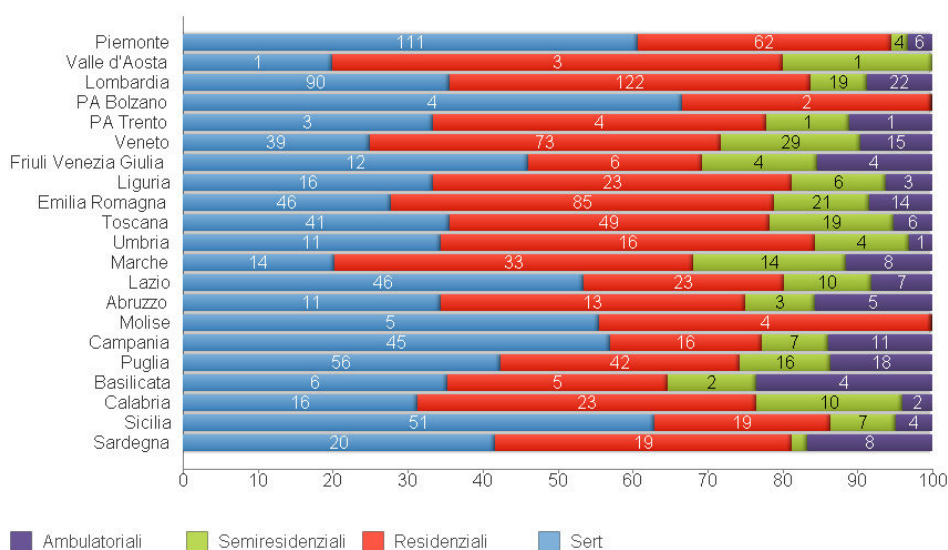
## 4. SISTEMA DEI SERVIZI E COSTI SOCIALI

### 4.1 Le strutture socio-sanitarie

In Italia, le strutture socio-sanitarie attive, dedicate alla cura ed al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive, sono complessivamente 1.604, di cui 645 (40,2%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e 959 (59,7%) strutture socio-riabilitative, in prevalenza residenziali (66,9% del totale strutture socio-riabilitative).

1.604 strutture di assistenza, di cui 645 Ser.T. e 959 strutture socio-riabilitative

**Figura 61:** Distribuzione delle strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti secondo la tipologia e la regione di ubicazione. Anno 2013



Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno - Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

### 4.2 Costi sociali

I costi sociali per il consumo di sostanze stupefacenti, comprensivi dei costi per l'acquisto delle sostanze, dei costi per l'applicazione della legge, dei costi socio-sanitari e dei costi per la perdita di produttività, sono stati stimati per il 2012 pari a 15,81 miliardi di euro, corrispondenti all'1% del PIL.

Costi sociali: 15,65 miliardi di euro

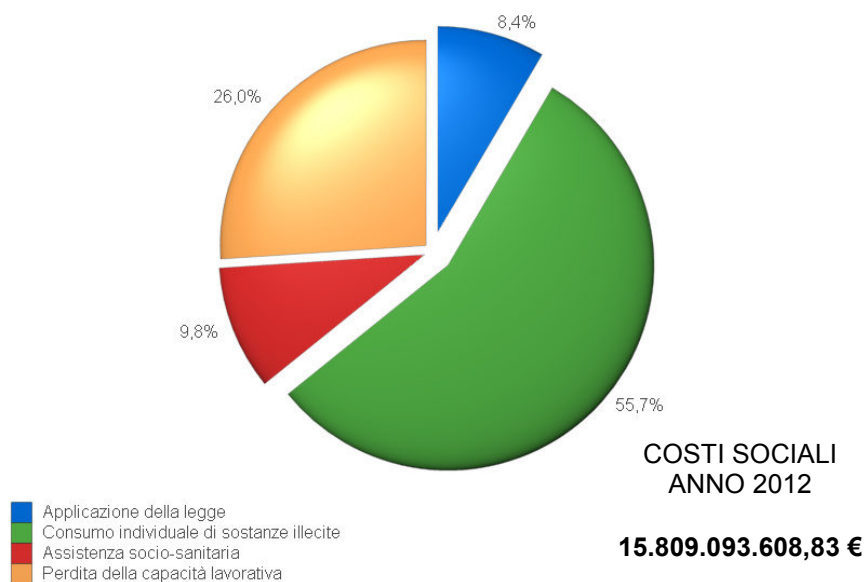
Il costo imputabile all'acquisto delle sostanze, quantificato con una certa difficoltà in base alla stima sui consumi nella popolazione generale, è presumibile possa essere compreso in un range che va da 7,37 a 10,86 miliardi di euro, il cui valore medio di 8,81 miliardi di euro rappresenta il 56% del totale dei costi sociali.

I costi derivanti dalla perdita di produttività costituiscono la seconda voce per importanza dei costi sociali (26,0%) pari a 4,12 miliardi di euro, dei quali il 64,4% va imputato alla perdita di produttività in senso stretto, il 15,1% alla perdita per morte prematura e il 20,5% alla perdita per incidenti stradali.

I costi socio-sanitari ammontano a 1,55 miliardi di euro (9,8% del totale), di cui il 47,1% per l'assistenza dei soggetti presso i servizi per le dipendenze, il 30,1% per la cura delle malattie infettive droga-correlate, ed il 16,5% per l'assistenza nelle strutture socio-riabilitative.

I costi imputabili alle attività di contrasto ammontano a circa 1,33 miliardi di euro (8,4% del totale), dei quali oltre la metà (57,2%) vanno collegati alla detenzione, il 15,5% alle attività delle forze dell'ordine, il 27,3% alle attività erogate dai tribunali e dalle prefetture.

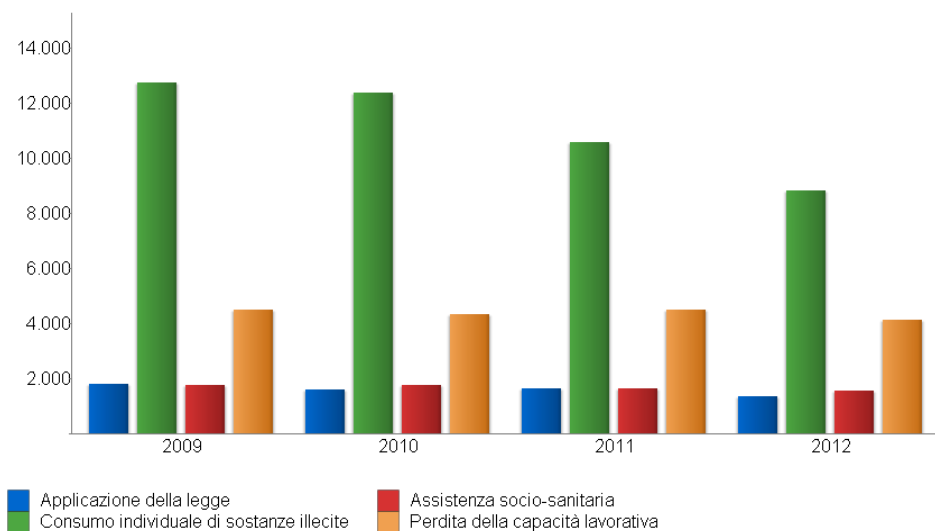
**Figura 62:** Distribuzione dei costi sociali relativi all'uso di sostanze stupefacenti per macro-categoria di costo. Anno 2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nel periodo 2009-2012, si osserva un trend stabile per tutte le componenti dei costi sociali relativi all'uso di sostanze stupefacenti, ad eccezione della componente dei costi imputabili all'acquisto delle sostanze, per i quali si osserva un trend in diminuzione in linea con quanto rilevato nell'andamento dei consumi della popolazione generale nello stesso periodo di riferimento.

**Figura 63:** Andamento dei costi sociali relativi all'uso di sostanze stupefacenti per macro-categoria di costo. Anni 2009-2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

## 5. RISPOSTA SOCIO-SANITARIA

### 5.1 Prevenzione dei consumi

Nell'anno 2013, si è rilevato un crollo degli investimenti regionali nell'area della prevenzione, in particolare di quella universale (-44,2%), ma anche in quella selettiva (-38,9%).

La prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive si rivolge indistintamente a tutti i membri di una comunità senza prendere in considerazione specifici gruppi o individui a rischio (gruppi o individui vulnerabili) ai quali fanno invece riferimento rispettivamente la prevenzione selettiva e mirata.

Crollo degli investimenti regionali per la prevenzione: -44,2% per l'universale; -38,9% per la selettiva

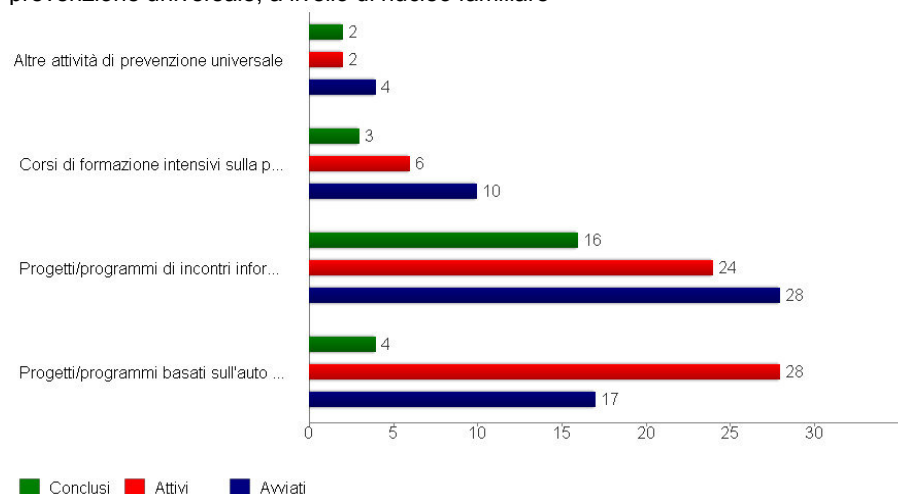
Questo aspetto assume ancora più rilevanza se viene associato all'aumento dei consumi di cannabis e di altre sostanze stimolanti, registrato nel 2013 e nel 2014 nei giovani (15-19 anni), dato che proprio per queste sostanze gli interventi di prevenzione assumono un'importanza fondamentale.

Vanno segnalati, inoltre, altri fattori e condizioni problematiche rilevate nel settore della prevenzione e, in particolare:

1. scarsa presenza di interventi di prevenzione precoce (dai 6 agli 8 anni), rivolti selettivamente alle persone vulnerabili con disturbi comportamentali e deficit attentivi.
2. Praticamente assenti (salvo in circa 40 centri del progetto DPA "Early detection") programmi di identificazione precoce di consumatori giovanissimi di sostanze, anche mediante counseling e drug test precoce.
3. Scarsa presenza di programmi di valutazione degli esiti degli interventi e dei risultati prodotti.
4. Scarsa presenza di iniziative preventive rivolte alla rete Internet ed ai social network, particolarmente frequentati dai giovani.

L'importo totale investito nel 2012 è risultato pari a 6.848.823 euro in prevenzione universale ed a 8.128.257 euro in prevenzione selettiva, per un totale di 14.976.552 euro.

**Figura 64:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2013, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di nucleo familiare



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

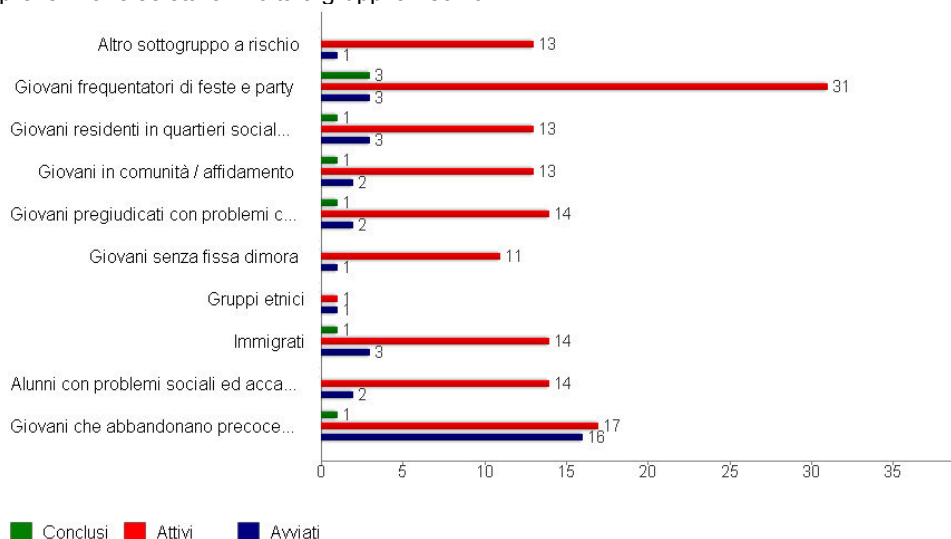
Tra le attività di prevenzione segnalate delle Regioni e PP.AA. nel 2013, emergono piani già avviati, attivi e/o conclusi nell'anno relativi ai progetti di prevenzione universale a livello di nucleo familiare. In particolare, si evidenzia il turn-over (28 avviati e 16 conclusi nel 2013) dei progetti costituiti da incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori (Figura 64).

Piani e Programmi per famiglie e genitori

Gli interventi di prevenzione rivolti a diversi gruppi a rischio sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

Il maggior numero di piani attivi nel 2013 ha coinvolto “giovani frequentatori di feste e party” (31), seguito da quelli rivolti ai giovani che abbandonano precocemente la scuola (17), e ai giovani pregiudicati con problemi con la giustizia, agli alunni con problemi sociali ed accademici e agli immigrati (14) (Figura 65).

**Figura 65:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2013, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta a gruppi a rischio

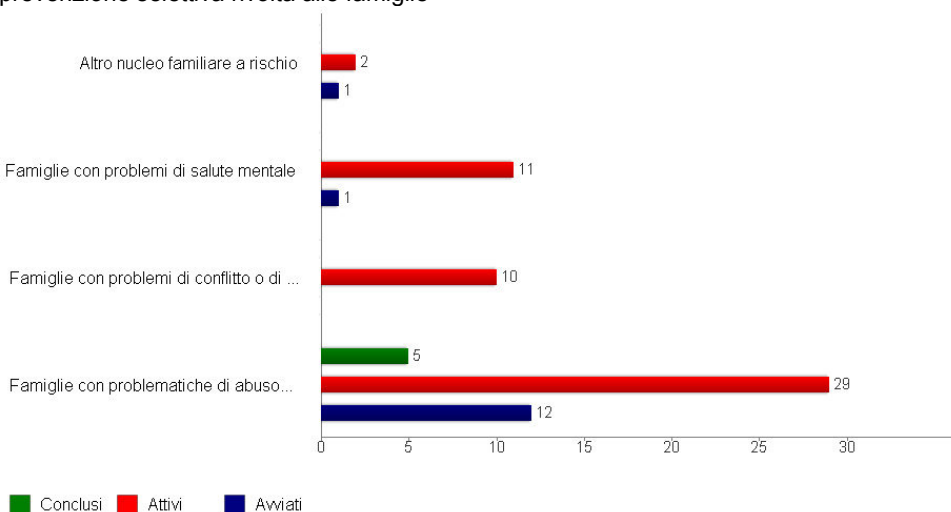


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Le Regioni e PP.AA. hanno indicato complessivamente 52 piani attivi relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie, concentrati per quasi il 60% nelle “famiglie con problematiche di abuso di sostanze (incluso l'alcol), compresi i fratelli” (Figura 66).

Interventi di prevenzione selettiva rivolti alle famiglie

**Figura 66:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2013, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie



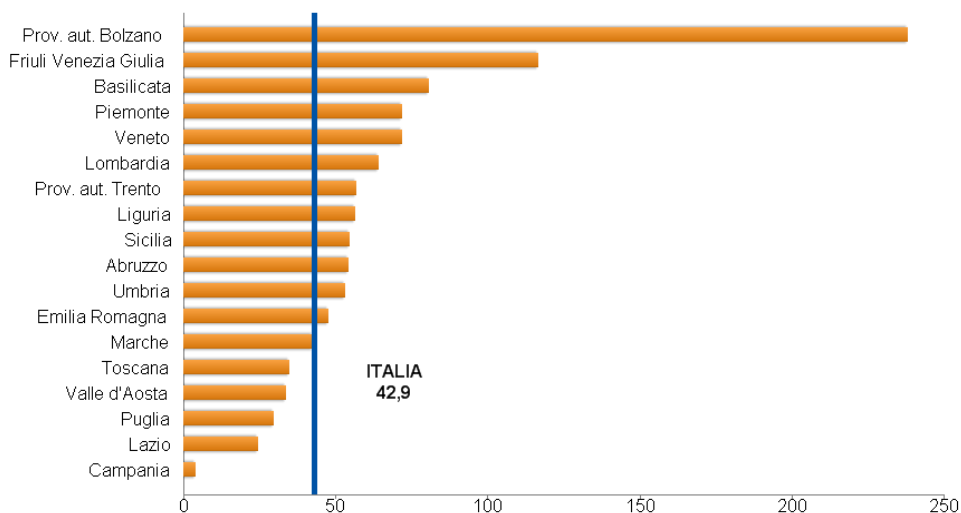
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

## 5.2 Trattamenti socio-sanitari

Utilizzando le informazioni provenienti dal flusso informativo SIND relative alle macro categorie di prestazioni erogate dai servizi per le dipendenze, è stato calcolato l'indicatore relativo al numero medio di prestazioni per assistito. Distinguendo gli utenti secondo la tipologia di trattamento, si osserva che il 50,6% degli assistiti risulta in trattamento farmacologico integrato, mentre il restante 49,4% è in trattamento psico-socio-riabilitativo.

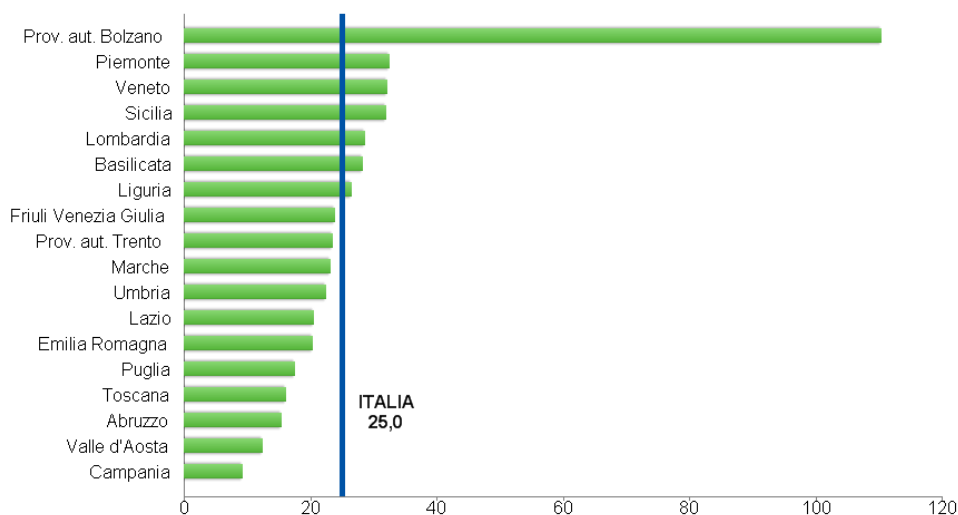
Il 50,6% degli assistiti presso i servizi nel 2013 è in trattamento farmacologico integrato

**Figura 67:** Numero medio di prestazioni per assistito nei Ser.T. in trattamento farmacologico integrato (esclusa l'erogazione dei farmaci). Anno 2013



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

**Figura 68:** Numero medio di prestazioni per assistito nei Ser.T. in trattamento psico-socio-riabilitativo. Anno 2013



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Confrontando il numero medio di prestazioni erogate a ciascun paziente nelle due tipologie di trattamento, al netto della somministrazione di farmaci per il gruppo di utenti in trattamento farmacologico, il numero medio di altre prestazioni erogate nel periodo ammonta a 43 circa per soggetto, a fronte di un valore molto più piccolo (25) osservato nel gruppo di pazienti in trattamento psico-socio-riabilitativo. Tale risultato evidenzia che al netto delle terapie farmacologiche, il

43 prestazioni in media per assistito nel periodo di riferimento tra gli utenti in trattamento farmacologico integrato (escluse le somministrazioni di

carico assistenziale rivolto ai pazienti in trattamento farmacologico è quasi doppio rispetto a quello riscontrato nei pazienti in trattamento psico-socio-riabilitativo.

farmaci)

Nel 2013 è stata condotta una nuova edizione dello studio multicentrico DPA sull'esito dei trattamenti presso i Dipartimenti delle Dipendenze (progetto Outcome). Sulla base delle informazioni raccolte su un campione di 5.036 soggetti in trattamento farmacologico integrato, il 72,0% degli utenti ha avuto una buona risposta al trattamento, sospendendo l'uso di sostanze stupefacenti. Analizzando il periodo trascorso in trattamento, si è osservato che i soggetti in terapia, nel corso del 2013, sono risultati negativi ai drug test nel 74,5% delle giornate di terapia. Inoltre, il 56,4% dei pazienti è risultato professionalmente occupato.

Buona risposta alle terapie farmacologiche integrate: 74,5% delle giornate in terapia senza uso di droghe

### 5.3 Reinserimento sociale

Si registra in tutte le regioni una forte presenza di programmi di reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti tossicodipendenti. L'investimento globale affrontato dalle regioni, nel corso del 2013, e rivolto a questi programmi è risultato pari a 6,2 milioni di euro, oltre 1 milione in meno di quanto rilevato nel 2012.

Nel 2013, 6,2 milioni di euro investiti in attività di reinserimento lavorativo; circa 1 milione in meno del 2012

Nel 2013, il reinserimento lavorativo ed il completamento dell'istruzione scolastica sono stati gli obiettivi indicati come prioritari da quasi la totalità delle Regioni e delle PP.AA, secondo quanto riportato nei questionari standard dell'Osservatorio Europeo.

## 6. SISTEMA DI CONTRASTO ALL'OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Attraverso complesse e articolate rotte in continua evoluzione, le multinazionali della droga, radicate in tutto il mondo, trasferiscono le sostanze illecite dai luoghi di produzione a quelli di consumo, incentivate dai cospicui guadagni che tali traffici sono in grado di generare. Il nostro Paese, nel quale operano organizzazioni criminali fra le più agguerrite, tanto italiane che straniere, si colloca fra i principali poli europei come area sia di transito sia di consumo sia di produzione di cannabis, sebbene quest'ultima di portata limitata. L'analisi dei dati rilevati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga nel 2013 e riferiti principalmente alle operazioni antidroga, alle segnalazioni all'autorità giudiziaria e ai sequestri di stupefacenti, pone in evidenza che la domanda e l'offerta di droga permangono elevate, malgrado il traffico illecito sia stato incisivamente contrastato dalle Forze di Polizia.

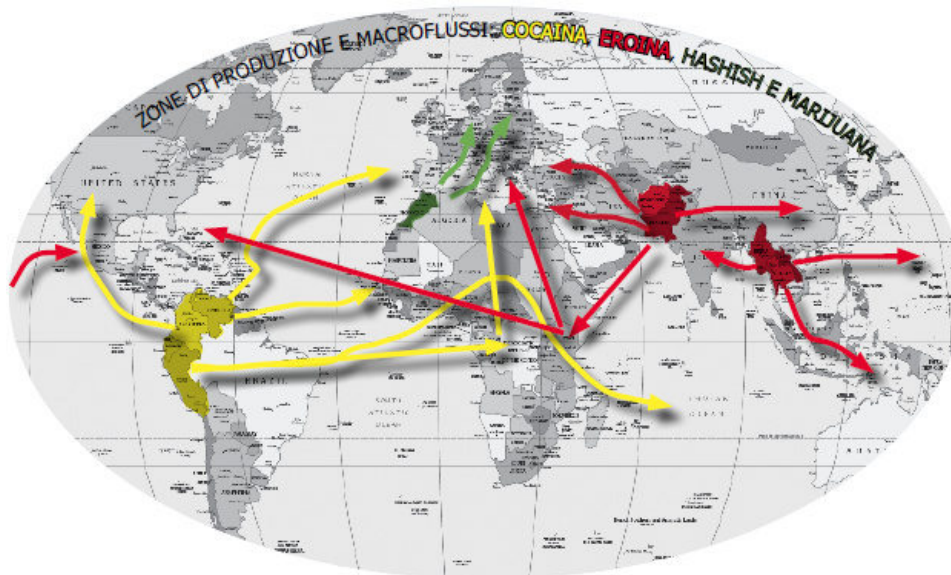
Italia: una delle principali aree di traffico e transito di sostanze illecite

Le organizzazioni criminali coinvolte nel traffico internazionale di stupefacenti sfruttano le opportunità fornite dall'incremento vertiginoso della movimentazione delle merci a livello globale al fine di dissimulare i carichi di droga che, dalle aree di produzione, vengono trasportati nelle aree di stoccaggio o sulle diverse piazze di smistamento e consumo. Oltre all'occultamento nel traffico commerciale, le organizzazioni criminali utilizzano anche il normale traffico passeggeri delle rotte aeree o le imbarcazioni, da diporto o commerciali. Il contesto brevemente accennato si presenta fortemente dinamico, interattivo e di difficile sorveglianza; le organizzazioni criminali, infatti, si mostrano sempre più versatili, sempre pronte a promuovere e a raggiungere intese, a stringere patti ed accordi oltre confine per corrispondere appieno alle esigenze connaturate alle peculiarità strutturali del narcotraffico.

In tale cornice evolutiva, le tradizionali organizzazioni macrocriminali, un tempo ancorate al territorio e che miravano a stabili rapporti di equilibrio, si sono ormai

sviluppate verso modelli più aperti e dinamici, con capacità di relazioni sempre più complesse e più veloci.

**Figura 69:** Zone di produzione e macroflussi: cocaina, eroina, hashish e marijuana



Fonte: Relazione annuale DCSA 2013.

La criminalità organizzata, sia essa generica che di tipo mafioso, opera in un contesto di forte crisi economica, una situazione che sicuramente facilita la penetrazione nel tessuto imprenditoriale per riciclare i proventi dei traffici illeciti, consentita anche e soprattutto dall'enorme liquidità finanziaria di cui godono dette organizzazioni. Le analisi delle operazioni antidroga coordinate dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, l'analisi statistica dei dati relativi al fenomeno droga e l'analisi di intelligence hanno evidenziato la persistente pericolosità delle organizzazioni criminali nazionali ed estere per la capacità di superare ogni confine. Per esercitare una efficace lotta, su tutti i fronti e senza quartiere alle organizzazioni criminali, specialmente quelle attive nel comparto droga, è indispensabile promuovere ed esaltare, con tutti gli strumenti disponibili, la cooperazione politica e la collaborazione operativa tra le strutture di polizia dei paesi di produzione, di transito e di consumo degli stupefacenti.

Per quanto riguarda le operazioni di polizia si registra una lieve diminuzione nel 2013 (-3,9%), delle operazioni effettuate lungo le tre direttrici (produzione, traffico e spaccio di stupefacenti). Nel 2013, sono state effettuate dalle Forze dell'Ordine 21.864 operazioni antidroga, riportando il sequestro di sostanze illecite nell'82,2% dei casi, la scoperta di reato nell'8,7% delle operazioni ed il rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 8,8% delle attività di contrasto.

I sequestri di piante di cannabis hanno fatto registrare una forte diminuzione rispetto al 2012 (-78,3%) e così anche per le droghe sintetiche (-67,4%). Mentre per l'hashish e la marijuana si è registrato un forte aumento dei sequestri, pari a +66% e +34,1%, rispettivamente. Da segnalare, inoltre, una diminuzione dei sequestri di cocaina (-6,6%) e di eroina (-7,3%). Queste oscillazioni sono anche dovute a numerosi maxi sequestri avvenuti nell'anno, che sono in grado di far variare fortemente le percentuali. Va tenuto presente, che spesso tali maxi sequestri si riferiscono a partite in transito sul territorio nazionale, non destinate al consumo locale.

Relativamente al prezzo di vendita al dettaglio delle sostanze, si assiste ad una stabilità del costo dell'eroina, dell'ecstasy e dell'LSD. Diminuiscono i costi minimi e massimi delle amfetamine (15,5 e 16,6 euro, rispettivamente) e

Lieve diminuzione del numero delle operazioni

Diminuzione dei volumi per cocaina ed eroina  
Forte aumento per hashish e marijuana

Stabile il prezzo di eroina, ecstasy e LSD.  
Aumento del prezzo



dell'hashish (8,3 e 12,4 euro, rispettivamente), mentre aumenta il prezzo minimo della cocaina e il prezzo massimo della marijuana (59,2 e 10,1 euro, rispettivamente).

di cocaina e marijuana

La purezza dell'eroina (oscillante tra 2 – 62%) risulta molto variabile anche nel 2013, come negli anni precedenti, analogamente a cocaina (20 – 87%) e MDMA (50 – 127 mg per pasticca/unità). Si rileva anche una discreta oscillazione nella purezza dei cannabinoidi (1 – 26%).

## 6.1 Interventi delle Forze dell'Ordine

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Ministero dell'Interno, si evidenzia che, nel 2013, i soggetti segnalati dai Prefetti ai Ser.T. competenti territorialmente, in base all'art 121, sono stati 6.285, di cui 5.665 maschi (90%). Il dato complessivo risulta pertanto in netta diminuzione rispetto a quello del 2012, (7.001 persone), sebbene il dato 2013 sia da considerarsi provvisorio in relazione ai ritardi di notifica. Nel 2013 le persone segnalate ex art. 75 sono state in totale 32.163, di cui 29.931 maschi (pari al 93,1 %).

Riduzione delle segnalazioni delle Forze dell'Ordine:  
- art. 121 = 6.285  
- art. 75 = 32.163

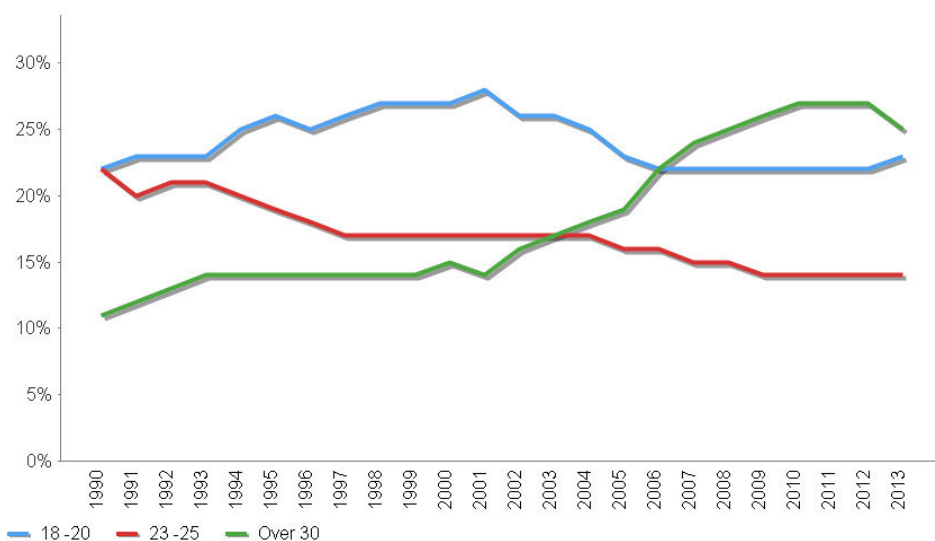
Dal 1990 al 2012 si è registrato un aumento del trend delle persone segnalate con età maggiore di 30 anni, soprattutto dal 2002, con una maggior incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici. Nel 2013, invece, tale dato risulta in diminuzione.

L'andamento del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione dei segnalati ai Prefetti, in linea con i dati e le stime rilevate a livello internazionale ed europeo, necessita una particolare attenzione in quanto la maggioranza di loro possono considerarsi "consumatori occasionali", rappresentando una fonte di informazioni importante per le stime del consumo nella popolazione generale.

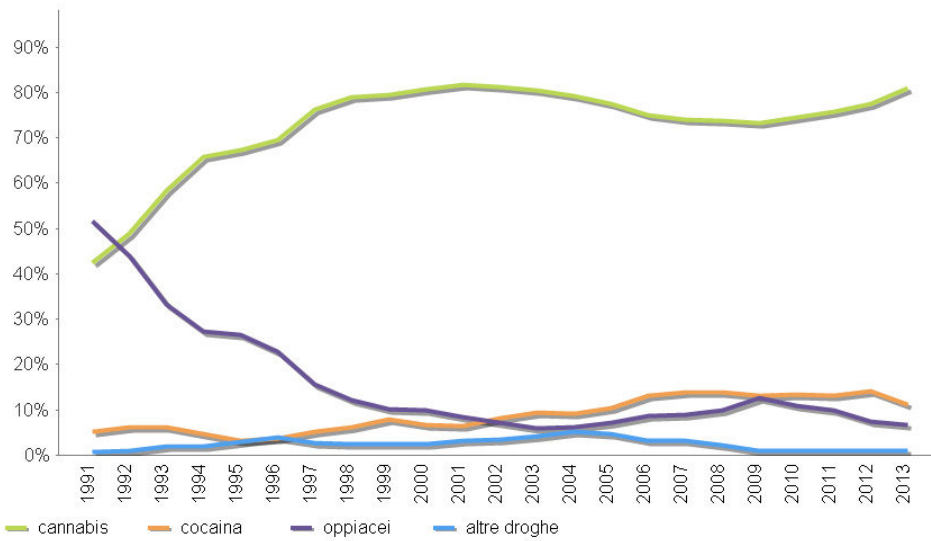
Diminuzione della percentuale di segnalati per detenzione di eroina

Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, l'81% delle segnalazioni riguarda la cannabis; bassa risulta invece la percentuale dei segnalati per sostanze a base di amfetamina. Si riscontra in diminuzione la percentuale di persone segnalate per detenzione per uso personale di eroina (7% nel 2012 e 6% nel 2013).

**Figura 70:** Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo le principali fasce di età. Anni 1990 – 2013



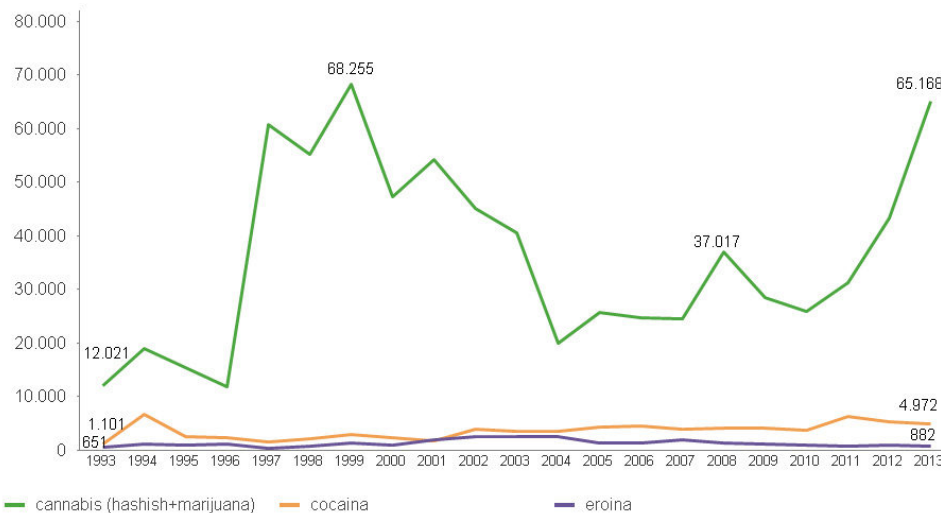
Fonte: Dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

**Figura 71:** Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo il tipo di sostanza. Anni 1991 – 2013

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Nel 2013, con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, sono state effettuate 21.864 operazioni antidroga, 33.676 denunce (-3,7%), 24.735 arresti per reati in violazione del DPR 309/90. Il 65,4% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria sono risultate a carico di italiani ed un 8% circa ha coinvolto la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è risultata pari a 31 anni.

Nel 2013: 33.676  
denunce per reati  
DPR 309/90:  
-3,7% denunce  
-9,4% arresti

**Figura 72:** Quantitativi di sostanze illecite sequestrate dalle FFOO nell'ambito delle operazioni antidroga, per tipologia di sostanza. Anni 1993 – 2013

Aggiornamento dati 2009-2013.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Il trend dei quantitativi di droghe sequestrate negli ultimi vent'anni pone al vertice della classifica i derivati della cannabis, particolarmente elevati nel periodo 1997 – 2003; dal 2004 in poi si registrano due aumenti, uno più contenuto nel 2008 in cui le FFOO hanno intercettato un quantitativo superiore alle 37 tonnellate ed uno, più consistente, nel 2013, in cui tale quantitativo è risultato superiore alle 65 tonnellate.

Variabilità più contenute si osservano per gli andamenti dei sequestri di cocaina e di eroina; dal 2002 al 2010 la quantità di cocaina sequestrata è oscillata tra 3,5 e

Trend quantità di  
sostanze illecite  
sequestrate

4,5 tonnellate, nel 2013 tale quantità assume valore pari a circa 5 tonnellate, in calo rispetto al biennio precedente; per l'eroina, il trend risulta stabile per tutto il periodo, con valori che oscillano tra 1,0 e 2,5 tonnellate sequestrate.

Confrontando i quantitativi sequestrati in Italia con quelli sequestrati negli altri paesi europei, si osserva che l'Italia si attesta al 3° e 4° posto rispettivamente per hashish e marijuana ed al 1° posto per il numero di piante di cannabis sequestrate. Per quanto riguarda la cocaina il quantitativo sequestrato in Italia si pone al quinto posto a livello europeo, per l'eroina invece al secondo posto in Europa. Infine, i quantitativi sequestrati in Italia di amfetamine ed ecstasy si posizionano rispettivamente all'8° e al 13° posto.

**Tabella 13:** Quantitativi di sostanze illecite sequestrate. Anno 2012

Sostanza	Italia	Posizione Italia vs Paesi europei
Hashish (kg)	21.893	4°
Marijuana (kg)	21.496	3°
Piante di cannabis	4.122.617	1°
Cocaina (kg)	5.319	5°
Eroina (kg)	951	2°
Amfetamine (kg)	264	8°
Ecstasy (pasticche)	19.051	13°

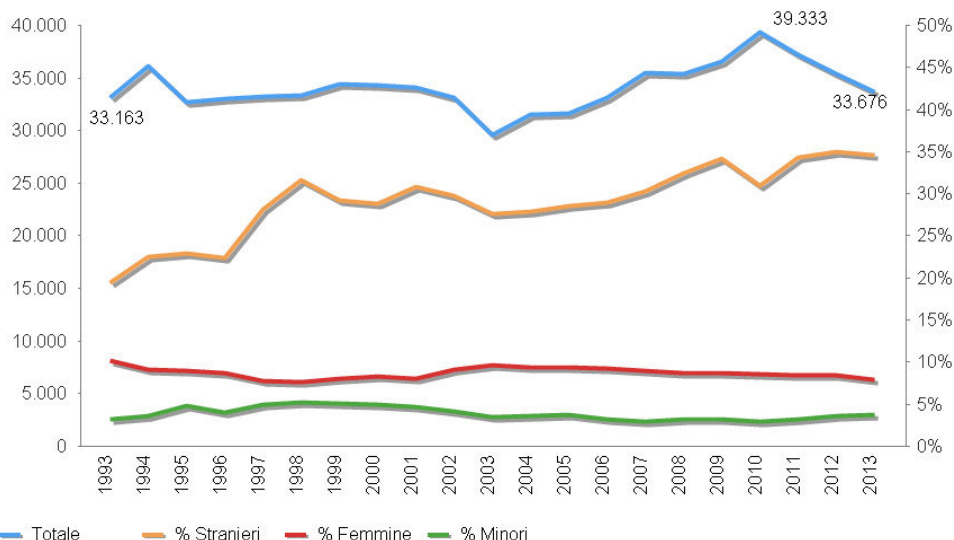
Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2014

Per quanto riguarda le denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, la percentuale di stranieri intercettati e deferiti all'Autorità Giudiziaria, nel 2013, è pari al 34,6% sul totale delle persone denunciate in operazioni antidroga (11.644 stranieri), con un trend in aumento negli ultimi vent'anni.

Nel 2013, invece, sono state segnalate 2.648 donne all'A.G., con un decremento, rispetto all'anno 2012 (-11,1%). Dal 1993 il numero di denunce a carico delle donne risulta piuttosto stabile, evidenziando il picco più alto nel 2010.

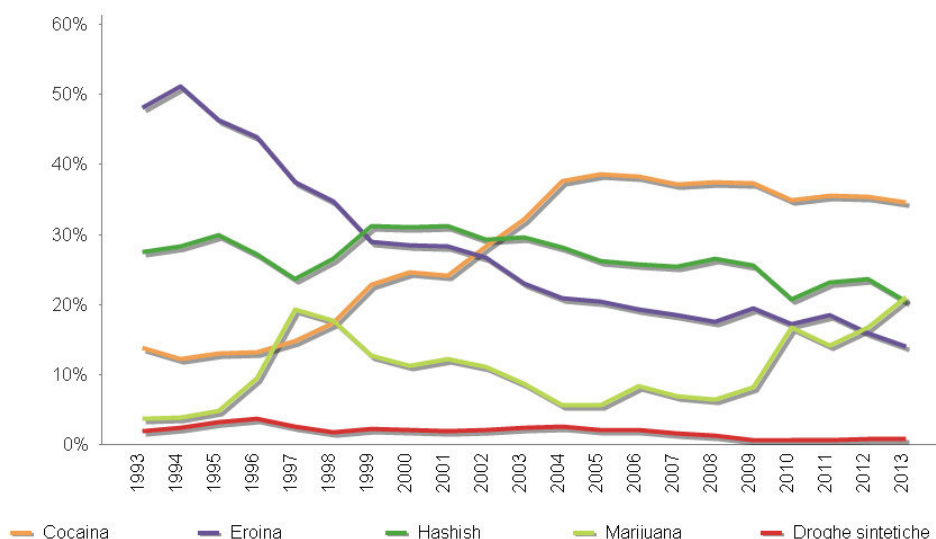
Le denunce a carico dei minori nell'ultimo anno sono risultate pari a 1.261 (3,7% del totale delle persone segnalate a livello nazionale), in lieve aumento nell'ultimo triennio.

**Figura 73:** Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, percentuale di denunce di stranieri, di donne e minori. Anni 1993 – 2013



Aggiornamento dati di denunce, stranieri e minori 2007-2013.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

**Figura 74:** Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, per tipologia di sostanza illecita sequestrata. Anni 1993 – 2013

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Si conferma che le denunce per reati legati alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite si concentrano in Lombardia, mentre i reati più gravi si concentrano al sud e nelle isole.

Le denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO negli ultimi vent'anni evidenziano un andamento piuttosto stabile per tutte le sostanze, ad eccezione delle denunce per sequestro di cocaina, che hanno subito un incremento fino al 2004 per poi stabilizzarsi in seguito. Le denunce per sequestro di eroina evidenziano, invece, un trend in continua diminuzione, ancora più marcato nell'ultimo triennio.

Nel 2013, il 41,5% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti riguarda il traffico di cannabis (hashish e marijuana), seguite dalle segnalazioni riguardanti la cocaina (35%) ed in percentuale minore l'eroina (14%); risultano stabili le denunce collegate alle droghe sintetiche.

## 6.2 Interventi della Giustizia

I dati rilevati dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) permettono di monitorare, per ciascun anno di osservazione, l'andamento del volume di detenuti nelle carceri. A tal fine, il sistema informativo della Giustizia fornisce due tipologie differenti di informazioni per l'analisi della situazione carceraria in Italia: i soggetti presenti ad una certa data (30 giugno e 31 dicembre) negli istituti penitenziari (dati puntuali) ed i soggetti entrati in carcere dallo stato di libertà in un periodo di riferimento (dati di flusso).

Entrambe le informazioni sono di grande utilità: la "fotografia" dei soggetti PRESENTI in due date specifiche permette di stimare il numero medio di presenze giornaliere negli istituti penitenziari, mentre il dato di flusso fornisce utili informazioni sul "transito" di soggetti in carcere in un determinato periodo di riferimento (INGRESSI). Unendo queste due informazioni con i dati sugli utenti usciti dal carcere nel periodo di riferimento è possibile inoltre stimare il numero medio di giorni di permanenza dei soggetti in carcere.

Va precisato, peraltro, che avendo le due tipologie di informazioni caratteristiche differenti, anche le numerosità dei soggetti PRESENTI e degli INGRESSI, riportate in seguito nelle tabelle, saranno differenti.

**Tabella 14:** Detenuti PRESENTI in carcere e detenuti con problemi droga correlati presenti in carcere al 31/12. Anni 2001-2013

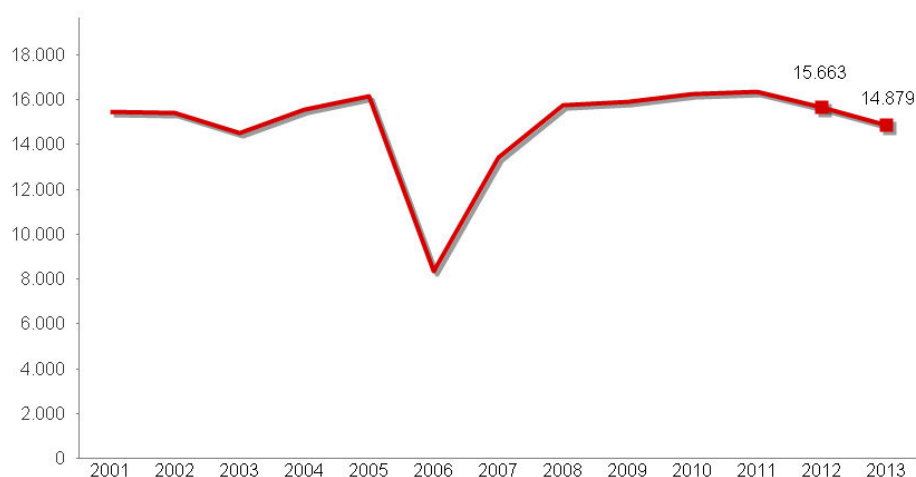
Anno	N. Totale presenti in carcere	Soggetti tossicodipendenti presenti in carcere	%
2001	55.275	15.442	27,9
2002	55.670	15.429	27,7
2003	54.237	14.501	26,7
2004	56.068	15.558	27,7
2005	59.523	16.135	27,1
2006	39.005	8.363	21,4
2007	48.693	13.424	27,6
2008	58.127	15.772	27,1
2009	64.791	15.887	24,5
2010	67.961	16.245	23,9
2011	66.897	16.364	24,5
2012	65.701	15.663	23,8
2013	62.536	14.879	23,8

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Sulla base del flusso dati del Ministero della Giustizia – DAP, si osserva una riduzione nell'ultimo anno dell'ammontare della popolazione presente in carcere, ed in particolare del sottoinsieme dei detenuti presenti con problemi droga correlati, al 31 dicembre 2013.

Rispetto al 2012, si osserva un calo delle presenze totali in carcere, che passano da 65.701 a 62.536 detenuti, con un decremento del 4,8%. Anche i soggetti con problemi droga-correlati presenti in carcere hanno evidenziato una flessione (-5,0%) passando da 15.663 a 14.879; questi ultimi rappresentano il 24% circa del totale dei soggetti presenti in carcere al 31 dicembre del 2013.

**Figura 75:** Detenuti con problemi droga correlati presenti in carcere al 31/12. Anni 2001 – 2013



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

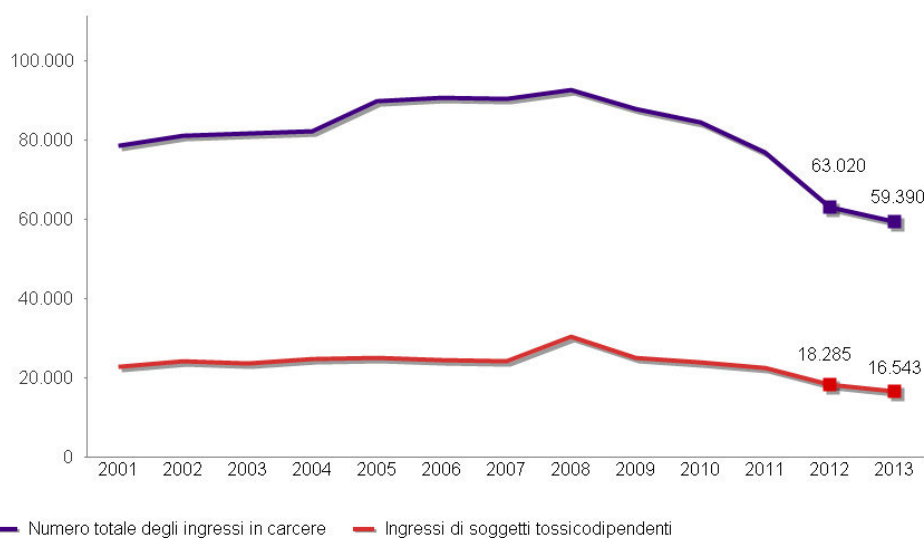
Nel 2013, gli ingressi totali in carcere sono risultati pari a 59.390, con un decremento rispetto al 2012 del 5,8%. Anche gli ingressi di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati hanno subito una riduzione (-9,5%), passando da 18.285 a 16.543 (Figura 76).

Carcere:  
decremento del  
5,8% degli ingressi  
totali in carcere

**Tabella 15:** Numero di INGRESSI complessivi negli istituti penitenziari e ingressi di soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati. Anni 2001-2013

Anno	N. Totale ingressi in carcere	Ingressi di soggetti tossicodipendenti	%
2001	78.649	22.808	29,0
2002	81.185	24.356	30,0
2003	81.790	23.719	29,0
2004	82.275	24.683	30,0
2005	89.887	25.168	28,0
2006	90.714	24.493	27,0
2007	90.441	24.371	26,9
2008	92.800	30.528	32,9
2009	88.066	25.180	28,6
2010	84.641	24.008	28,4
2011	76.982	22.413	29,1
2012	63.020	18.285	29,0
2013	59.390	16.543	27,9

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

**Figura 76:** Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e ingressi di soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati. Anni 2001 – 2013

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Gli ingressi in carcere, per reati commessi in violazione del DPR 309/90, legati al traffico di sostanze stupefacenti, presentano una riduzione nel 2013 rispetto al 2012: si passa da 21.285 ingressi a 19.069 (-10,4%).

Con riferimento al numero totale di ingressi nell'anno, gli ingressi per violazione al DPR 309/90, rappresentano il 32,1% (34% nel 2012).

È importante sottolineare che il 35% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2013 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno.

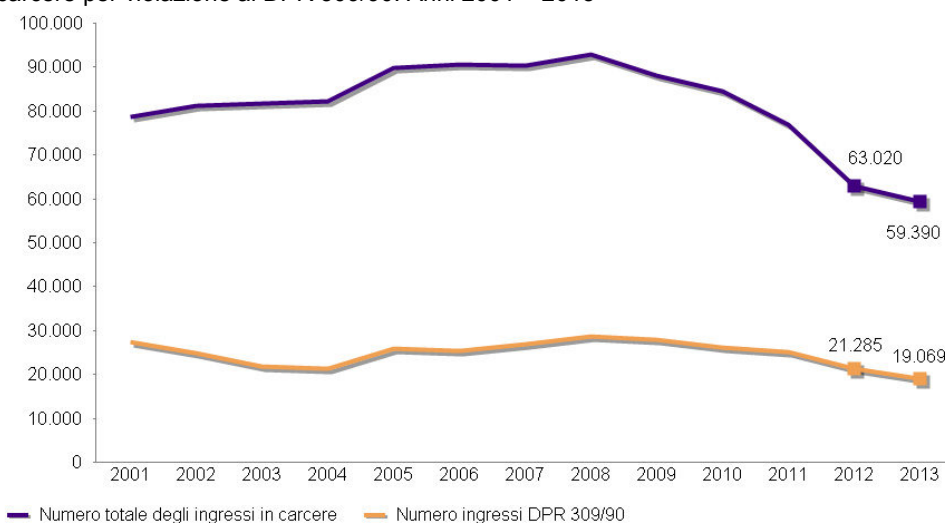
Il 35% esce in libertà nell'arco dell'anno

**Tabella 16:** Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e numero di ingressi in carcere per violazione al DPR 309/90. Anni 2001-2013

Anno	N. Totale ingressi in carcere	N. Ingressi per DPR 309/90	%
2001	78.649	27.417	34,9
2002	81.185	24.959	30,7
2003	81.790	21.765	26,6
2004	82.275	21.392	26,0
2005	89.887	25.921	28,8
2006	90.714	25.399	28,0
2007	90.441	26.985	29,8
2008	92.800	28.798	31,0
2009	88.066	27.980	31,8
2010	84.641	26.163	30,9
2011	76.982	25.179	32,7
2012	63.020	21.285	33,8
2013	59.390	19.069	32,1

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

**Figura 77:** Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e numero di ingressi in carcere per violazione al DPR 309/90. Anni 2001 – 2013



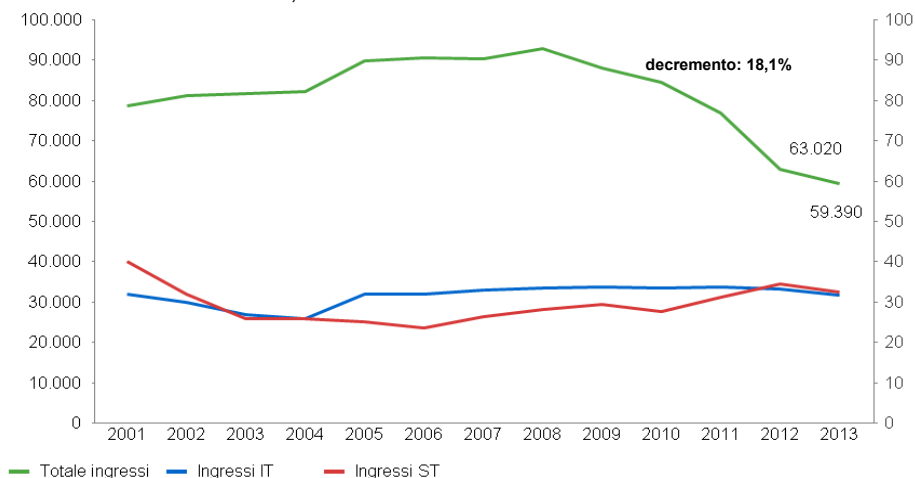
Riduzione degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Nel 2013 si è osservato un decremento in percentuale degli ingressi di soggetti stranieri per reati in violazione al D.P.R. 309/90 (Figura 78): dal 34,5% del 2012 al 32,5% del 2013. Una modesta riduzione si è rilevata anche per i soggetti di nazionalità italiana (33,2% del 2012 e 31,8% del 2013).

Rispetto al 2012 si registra un lieve aumento, pari allo 0,7%, di ingressi di minori in carcere per reati DPR 309/90. La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (95,9%), con prevalenza di soggetti italiani (57,1%).

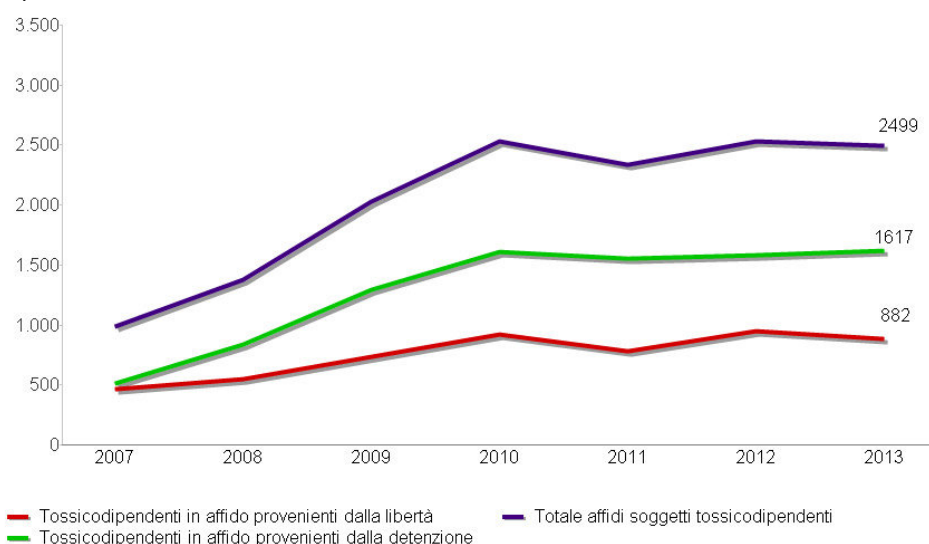
Lieve aumento degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90 da parte di minori

**Figura 78:** Ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuali di ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità. Anni 2001 – 2013

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Mediante i flussi della Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna del DAP – Ministero della Giustizia viene monitorato l'andamento degli affidamenti concessi ai detenuti ex art. 94 del D.P.R. 309/90. Nel 2013 i soggetti affidati sono complessivamente diminuiti dell'1,2%, rispetto al 2012 (da 2.530 a 2.499). Una diminuzione maggiore si rileva in quelli provenienti direttamente dalla libertà (-6,8%), mentre per quelli provenienti dalla detenzione si osserva un lieve aumento (+2,1%).

Diminuzione dell'1,2% dei nuovi affidamenti

**Figura 79:** Numero di soggetti tossicodipendenti affidati al servizio sociale secondo il tipo di provenienza. Anni 2007 - 2013

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

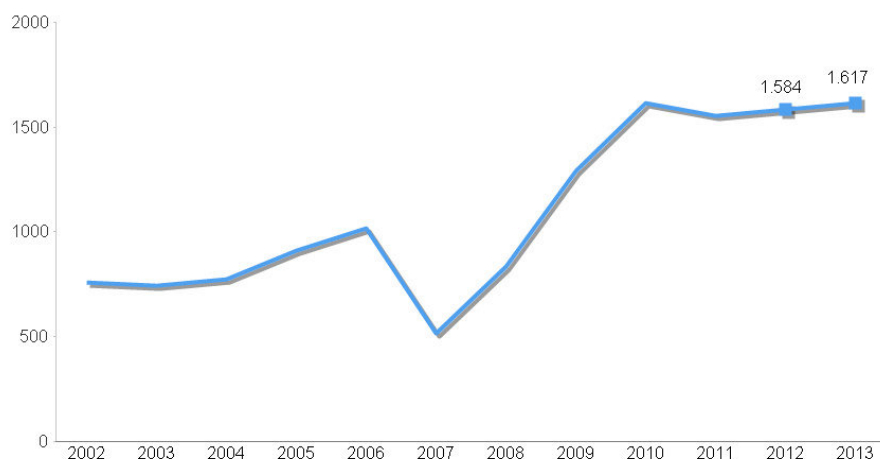


**Tabella 17:** Numero di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla detenzione e affidati al servizio sociale. Anni 2002 - 2013

Anno	Affidi provenienti dalla detenzione
2002	758
2003	742
2004	774
2005	912
2006	1.020
2007	514
2008	836
2009	1.291
2010	1.615
2011	1.552
2012	1.584
2013	1.617

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

**Figura 80:** Numero di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla detenzione e affidati al servizio sociale. Anni 2002 - 2013



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Il 94,8% dei soggetti posti in affidamento è di sesso maschile, mentre nel 91,7% dei casi si tratta di cittadini italiani. La classe di età più rappresentata è quella 35-44 anni (39,1%).

Da segnalare che la maggior parte dei casi archiviati nel corso del 2013, pari al 56%, ha avuto la chiusura del procedimento con esito favorevole, mentre le revoche per andamento negativo, costituiscono il 23,9% del totale delle archiviazioni.

56% degli affidamenti archiviati con esito favorevole

È utile sottolineare che ai 2.499 affidi concessi nel corso del 2013 vanno aggiunti quelli già in esecuzione da anni precedenti che risultano pari a 1.930. Il totale degli affidamenti per art. 94 ha coinvolto quindi 4.429 soggetti, con aumento del 5,1% rispetto all'anno precedente (Tabella 18).

**Tabella 18:** Numero dei tossicodipendenti affidati al servizio sociale, con distinzione tra nuovi affidi nel corso dell'anno ed affidi già attivi dagli anni precedenti. Anni 2012 - 2013

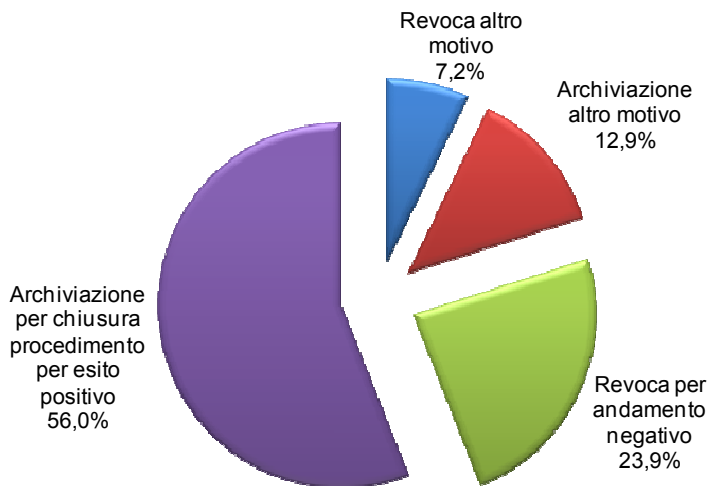
	2012			2013			Δ%
	Già attivi <sup>(1)</sup>	Nuovi	Totale	Già attivi <sup>(2)</sup>	Nuovi	Totale	
<b>Affidi</b>	1.684	2.530	4.214	1.930	2.499	4.429	+5,1%

<sup>(1)</sup> presi in carico tra il 2008 e il 2011

<sup>(2)</sup> presi in carico tra il 2008 e il 2012

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

**Figura 81:** Distribuzione dei procedimenti di archiviazione degli affidi di soggetti tossicodipendenti secondo il motivo di archiviazione. Anno 2013



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

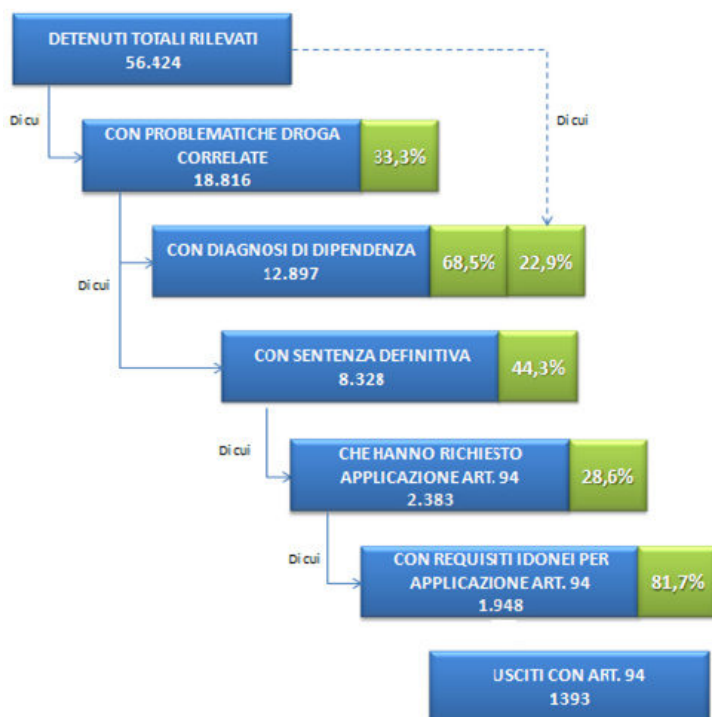
Per valutare in modo più attendibile il fenomeno dei tossicodipendenti in carcere, a partire dal 2012 è stata attivata una nuova rilevazione puntuale (Carcere -DPA, in base all'accordo siglato in Conferenza Unificata del 18 maggio 2011), eseguita al 31 dicembre di ciascun anno. A questa indagine partecipano tutte le Regioni/PP.AA., con una copertura pari al 90,2% della popolazione carceraria.

La popolazione detenuta, con tossicodipendenza diagnosticata secondo i criteri DSM IV e ICD-IX-CM risulta composta da 12.897 unità, pari al 22,9% del totale dei soggetti ristretti in carcere. Solo una parte di questi (2.383 soggetti) risulta aver fatto richiesta di accesso alla pena alternativa al carcere ex art.94 D.P.R. 309/90. A 1.393 detenuti è stata applicata effettivamente la pena alternativa, pari al 71,5% dei soggetti con requisiti idonei di accesso a tale misura alternativa (Figura 82).

Indagine "Carcere-DPA" 2014

Il 22,9% dei detenuti presenta diagnosi di tossicodipendenza con criteri clinici secondo DSM IV e ICD-IX-CM

**Figura 82:** Flusso della popolazione detenuta al 31 dicembre 2013 (le percentuali si riferiscono al livello superiore)



Fonte: DPA - Rilevazione Tossicodipendenza in carcere - Scheda 1 e 2. Anno 2014 (su dati 2013)

---

## APPROFONDIMENTI

### 1. Sistema Nazionale di Allerta Precoce

#### 1.1 Il Nuovo Piano di Azione Nazionale del Dipartimento Politiche Antidroga sulle nuove sostanze psicoattive (NSP)

A settembre 2013 presso la Sala Stampa di Palazzo Chigi, in presenza del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, del capo Dipartimento Politiche Antidroga Giovanni Serpelloni e del generale dei NAS Cosimo Piccinno, è stato pubblicato il nuovo Piano di Azione Nazionale sulle nuove sostanze psicoattive (NSP).

Piano di Azione  
presentato dal  
Ministro della  
Sanità

Questo importante documento è stato elaborato secondo le indicazioni Europee e delle Nazioni Unite, ed è accompagnato da un Update scientifico sulle nuove sostanze psicoattive, un'iniziativa promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Sistema Nazionale di Allerta Precoce - N.E.W.S.), in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il Centro Antiveneni di Pavia, il Dipartimento delle Dipendenze della ULSS 20 di Verona, i R.I.S. dell'Arma dei Carabinieri, la Polizia Scientifica e l'Agenzia delle Dogane.

Documento  
elaborato secondo le  
indicazioni  
internazionali

L'assunzione delle nuove sostanze psicoattive sfugge ai tradizionali controlli laboratoristici e clinici a causa della carenza di standard analitici di riferimento e di conoscenze tecnico-scientifiche, oltre che di tecnologie adeguate per la loro determinazione. A tal fine è stato realizzato un update sulle principali caratteristiche delle NSP individuate, mettendo a punto una serie di indicazioni strategiche, obiettivi ed azioni per poter iniziare a costruire una risposta integrata e coordinata tra tutte le amministrazioni ed organizzazioni coinvolte a vario titolo.

Indicazioni  
strategiche,  
obiettivi ed azioni

#### 1.2 Manuale sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP): schede tecniche relative alle molecole registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Al fine di ovviare alle criticità operative e agevolare il lavoro del personale dei laboratori che afferiscono al network del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, il Dipartimento Politiche Antidroga, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il Centro Antiveneni di Pavia e il Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 di Verona, nel 2010 e nel 2012 ha eseguito la distribuzione verso tali centri di standard di riferimento di diverse nuove sostanze psicoattive. Ciò ha permesso di incrementare la capacità analitica dei laboratori e, quindi, di migliorare la capacità di identificazione delle NSP, aumentando il numero di segnalazioni inviate al Sistema e migliorando la qualità delle informazioni condivise nel network attraverso schede tecniche debitamente predisposte dal Sistema di Allerta sulla base delle informazioni trasmesse dai centri collaborativi e di quanto disponibile in letteratura. Consapevoli che il fenomeno trattato sia in continua evoluzione e che sempre nuove molecole sono pronte ad essere inserite nel mercato, sia per soddisfare nuove richieste da parte dei consumatori ma anche, e soprattutto, per eludere i controlli che vanno istituendosi nei vari Paesi attraverso l'aggiornamento della normativa in materia, si è ritenuto utile raccogliere in un'unica pubblicazione le schede tecniche realizzate dal Sistema di Allerta in cui vengono riportate informazioni che possono risultare di grande utilità ai professionisti del settore (personale di laboratorio, personale delle unità di emergenza/urgenza, operatori sanitari, ricercatori, ecc.) al fine di agevolare l'analisi di campioni incogniti.

Necessità tecniche  
per l'identificazione  
delle NSP

In particolare, le schede tecniche raccolte nel presente manuale riportano informazioni primarie per ogni singola molecola (nome comune, sigle, nome

Informazioni  
contenute nelle

sistematico, nomi gergali), un'immagine della struttura chimica, la formula bruta, il peso molecolare, il numero CAS, la loro caratterizzazione analitica e, ove possibile, la loro farmacologia, tossicologia, effetti, metabolismo nonché il loro stato legale in Italia e in Europa. Ad integrazione di ciò, la ricerca viene estesa anche a siti web, forum, spazi di espressione individuale su cui i consumatori pubblicano informazioni di vario genere sulle NSP, in particolare sulle vie di assunzione, le dosi, gli effetti prodotti. Infine, alle schede tecniche vengono aggiunte anche informazioni che derivano da segnalazioni giunte attraverso l'Osservatorio Europeo da altri Sistemi di Allerta europei. All'interno del manuale, le schede tecniche sono state suddivise sulla base della tipologia di molecola (cannabinoidi sintetici, catinoni, fenetilammine - inclusi i derivati benzofuranici, diidrobenzofuranici e aminoindani - ketamina e analoghi, piperazine, triptamine, derivati azepanici, fentanili, oppioidi, analoghi della fenciclidina, farmaci, miscellanea) e della numerosità delle segnalazioni ricevute dal Sistema di Allerta attraverso l'analisi di reperti, di campioni biologici di pazienti con intossicazione acuta correlata all'assunzione di NSP, o di campioni provenienti da altre fonti. Ciò a rappresentare le molecole che sono risultate circolare maggiormente sul territorio nazionale e che potrebbero essere di particolare interesse, in quanto possibilmente riscontrabili in campioni incogniti.

Questo lavoro è stato possibile anche grazie alla collaborazione dei centri collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce che con il loro contributo e la loro disponibilità hanno dato ai propri colleghi la possibilità di migliorare le proprie capacità identificative e diagnostiche sulle Nuove Sostanze Psicoattive. A tutti costoro, quindi, va un particolare ringraziamento per aver contribuito a creare uno strumento di consultazione utile nel lavoro quotidiano nonché una fonte di continuo aggiornamento tecnico-scientifico sul tema delle droghe, e un incoraggiamento a proseguire con lavoro di information-sharing e networking che ha contribuito, in questi anni, a raggiungere risultati estremamente positivi, riconosciuti anche a livello internazionale, nel contrasto della diffusione delle Nuove Sostanze Psicoattive sul territorio italiano.

La collaborazione  
con i centri  
collaborativi del  
Sistema

**Figura 1** – Immagine del Piano di Azione sulle Nuove Sostanze Psicoattive e del Manuale contenente le schede tecniche delle molecole registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce.



---

### **1.3 Percorso nazionale di formazione e aggiornamento sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP)**

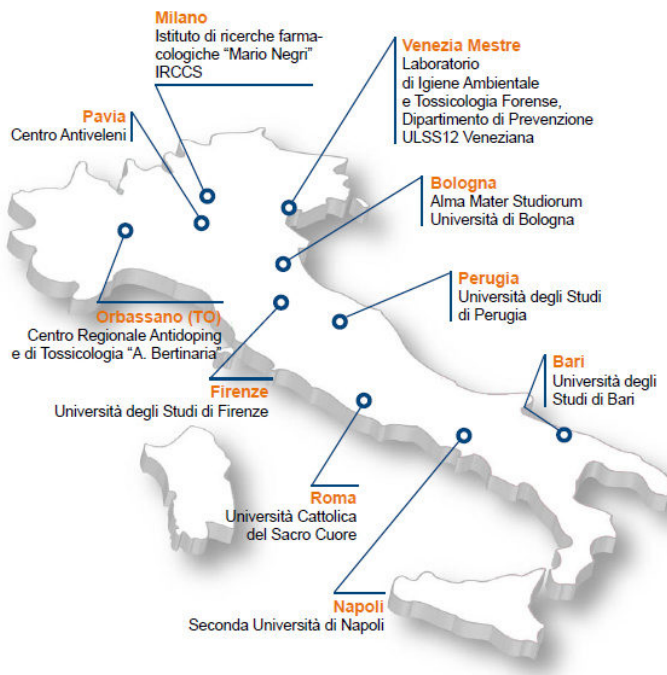
Nel corso del 2013 il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Sistema Nazionale di Allerta Precoce – N.E.W.S.) in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il Centro Antiveleni di Pavia e il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 20 di Verona, ha avviato un ciclo di conferenze dal titolo "Le nuove sostanze psicoattive: aggiornamento tecnico-scientifico e strategie di prevenzione", avvenuto in forma itinerante in 10 città italiane, presso altrettanti centri collaborativi del Dipartimento:

1. 24 Settembre - Roma - Università Cattolica del Sacro Cuore;
2. 7 Ottobre - Pavia - Centro Antiveleni, Coordinamento aspetti clinico-tossicologici del Sistema Nazionale di Allerta Precoce - Centro congressi Fondazione "Salvatore Maugeri";
3. 29 Ottobre - Venezia Mestre - Laboratorio di Igiene Ambientale e Tossicologia Forense, Dipartimento di Prevenzione ULSS12 Veneziana;
4. 12 Novembre - Bologna - S.P.I.S.A. Alma Mater Studiorum - Università di Bologna;
5. 25 Novembre - Firenze - Dipartimento di Scienze della Salute, Scuola di Scienze della Salute umana - Università degli Studi di Firenze;
6. 12 Dicembre - Milano - Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" IRCCS;
7. 10 Gennaio - Perugia - Università degli Studi di Perugia, Facoltà di Medicina e Chirurgia;
8. 22 Gennaio - Orbassano (TO) - Centro Regionale Antidoping e di Tossicologia "A. Bertinaria";
9. 5 Febbraio - Bari - Università degli Studi di Bari;
10. 19 Febbraio - Napoli - Università degli Studi di Napoli - Seconda Università di Napoli (SUN).

Nel corso dell'evento è stato presentato e distribuito il Piano di Azione Nazionale per la prevenzione della diffusione delle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) e dell'offerta in internet ed il manuale tecnico-scientifico New Drugs, contenente le schede tecniche relative alle molecole registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2009 al 2013.

Ampio l'interesse con oltre 1500 discenti tra operatori dei servizi per le tossicodipendenze, personale di laboratorio, personale delle unità di emergenza-urgenza, personale delle Forze dell'Ordine e della Magistratura.

**Figura 2** – Georeferenziazione degli eventi organizzati nell'ambito del percorso nazionale di formazione e aggiornamento sulle Nuove Sostanze Psicoattive.



**Figura 3** – Immagini riprese durante il tour nazionale di formazione e aggiornamento sulle Nuove Sostanze Psicoattive.



#### 1.4 Primo Congresso Internazionale “New Drugs 2014 – aggiornamento tecnico scientifico sulle nuove sostanze psicoattive” presso Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

A maggio 2014 Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (N.E.W.S.) hanno presentato il Congresso Internazionale dal titolo: "New Drugs 2014 - aggiornamento tecnico scientifico sulle nuove sostanze psicoattive". L'evento si tenuto a Roma il 14 e 15 maggio, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore. Questo congresso internazionale, organizzato per la prima volta in Italia, era finalizzato a presentare e a divulgare le informazioni disponibili sul fenomeno delle Nuove Sostanze Psicoattive, prendendo in considerazione tutti i diversi aspetti che lo costituiscono e che lo caratterizzano a livello nazionale e internazionale.

L'evento ha fornito evidenze tecnico-scientifiche di alto spessore necessarie per affrontare il fenomeno a tutti i livelli e per ampliare la conoscenza di coloro che quotidianamente hanno a che fare con questa problematica.

Per tale ragione, al congresso sono stati invitati a partecipare operatori dell'ambito analitico, clinico, farmacologico, delle Forze dell'Ordine e della Magistratura. Tutto ciò affinché si possa costruire una risposta integrata e coordinata tra tutte le amministrazioni ed organizzazioni coinvolte, e poter quindi fronteggiare questa problematica emergente nella salvaguardia della salute dei cittadini.

**Figura 4** – Immagini riprese durante il congresso internazionale “New Drugs 2014”.



## 1.5 Attività generali del Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Di seguito si descrivono attività e risultati del Sistema Nazionale di Allerta Precoce registrati nel corso dell'anno 2013, in termini sia di segnalazioni ricevute (input), sia di comunicazioni trasmesse (output). In Tabella 1 si riporta la numerosità delle attività condotte, distribuite nell'anno.

**Tabella 1** - Numerosità delle attività condotte dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2013 per tipologia di attività (input e output) e mese di registrazione.

Anno 2013	Input		Output			Totale
	Segnalazione	Informativa	Pre-Allerta	Allerta grado 2	Allerta grado 3	
Gennaio	12	3	0	0	2	17
Febbraio	9	0	0	0	0	9
Marzo	12	0	0	0	1	13
Aprile	17	1	1	1	0	20
Maggio	21	0	0	0	1	22
Giugno	14	1	0	0	0	15
Luglio	19	3	0	1	1	24
Agosto	22	1	0	0	0	23
Settembre	18	0	0	0	0	18
Ottobre	37	0	0	0	2	39
Novembre	32	0	0	0	0	32
Dicembre	32	2	0	0	1	35
<b>Totale</b>	<b>245</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>267</b>

### 1.5.1 Segnalazioni in ingresso - input

Nel 2013, sono state complessivamente registrate dal Sistema 245 segnalazioni. La maggior parte di queste è giunta dalle Forze dell'Ordine (57,1%), altre dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (33,5%) e dai laboratori di analisi (3,7%). Nel 2,0% dei casi, le segnalazioni sono pervenute da Centri Antiveleni. In misura minore, le segnalazioni sono state inviate al Sistema da Strutture Sanitarie (pronto soccorso o Dipartimenti delle Dipendenze) (0,8%), Uffici Giudiziari (0,4%) e media (2,5%).

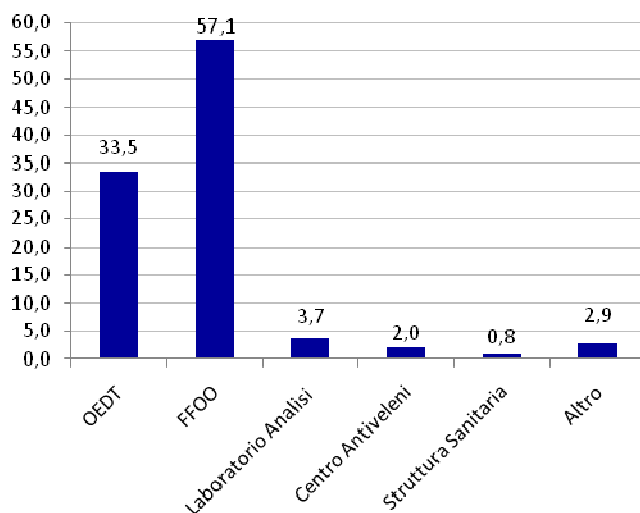
57,1% delle segnalazioni dalle Forze dell'Ordine, 33,5% da OEDT e 3,7% dai laboratori

**Tabella 2** - Segnalazioni giunte al Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2013, secondo la tipologia di struttura segnalante – numerosità e percentuale.

	N	%
OEDT	82	33,5
Forze dell'Ordine	140	57,1
Laboratorio di analisi	9	3,7
Centro Antiveleni	5	2,0
Struttura Sanitaria	2	0,8
Altro	7	2,9
<b>Totale</b>	<b>245</b>	<b>100,0</b>



**Grafico 1** - Segnalazioni giunte al Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2013, secondo la tipologia di struttura segnalante - percentuale.

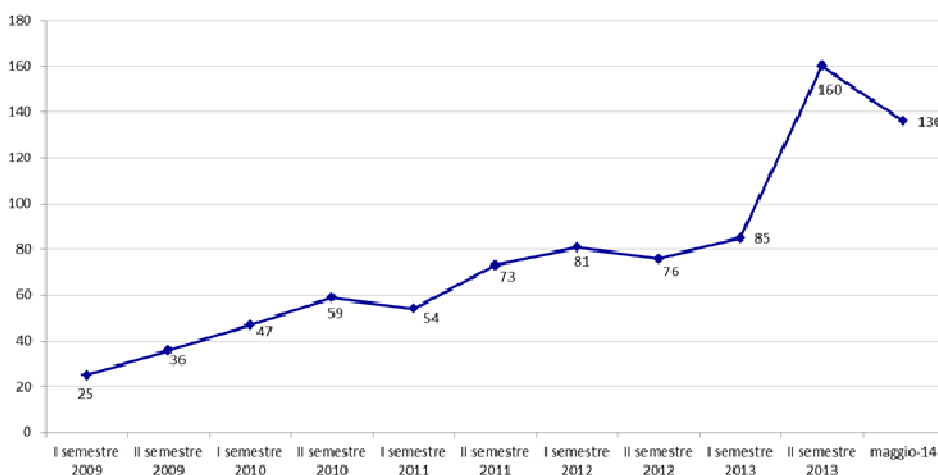


La maggior parte delle segnalazioni è pervenuta nei mesi di ottobre (15,1%), novembre e dicembre (13,1% rispettivamente), ad agosto e a maggio (9,0% e 8,5% rispettivamente); il minor numero di segnalazioni è pervenuto a febbraio (3,7%), gennaio e marzo (4,9% rispettivamente).

La maggior parte delle segnalazioni è pervenuta a ottobre, novembre e dicembre

Considerando il numero di segnalazioni pervenute al Sistema dal 2009, nel secondo semestre del 2013 è stato raggiunto il picco massimo di segnalazioni ricevute (160) dall'inizio dell'attività del Sistema di Allerta.

**Grafico 2** - Segnalazioni ricevute dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2009 al 2014 (maggio) – numerosità.



Come evidenziato dal trend riportato nel Grafico 2, il numero di segnalazioni (245) ricevute dal Sistema di Allerta nel corso del 2013 risulta in aumento (+301,6%) rispetto al 2009, quando le segnalazioni erano state 61, rispetto al 2010 (+131,1%), quando le segnalazioni erano state 106, rispetto al 2011 (+92,9%) quando le segnalazioni erano state 127 e rispetto al 2012 (+56,0%).

Aumento del 301,6% delle segnalazioni dal 2009, del 131,1% dal 2010, del 92,9% dal 2011 e del 56,0% dal 2012

Tale incremento potrebbe essere correlabile ad almeno due aspetti. Il primo consiste nel fatto che dal 2009 è aumentata la visibilità del Sistema di Allerta a livello nazionale stimolando, quindi, la segnalazione dalle unità di input. In secondo luogo, l'attività di sensibilizzazione del network operata dal Sistema già da febbraio 2010 sul tema dei cannabinoidi e dei catinoni sintetici ha contribuito a

coinvolgere le unità segnalanti attraverso il frequente invio al network di informazioni utili all'individuazione di nuove molecole e di nuovi casi clinici correlati alla loro assunzione. A seguito di ciò, e della distribuzione alla rete di laboratori degli indispensabili standard di riferimento avvenuta nel 2010 e nel 2012 ad opera dell'Istituto Superiore di Sanità, le unità segnalanti sono state messe in grado di individuare le nuove molecole e di segnalarle al Sistema incrementando, quindi, il numero di segnalazioni su base non presuntiva, ma analiticamente accertata.

### 1.5.2 Comunicazioni in uscita - output

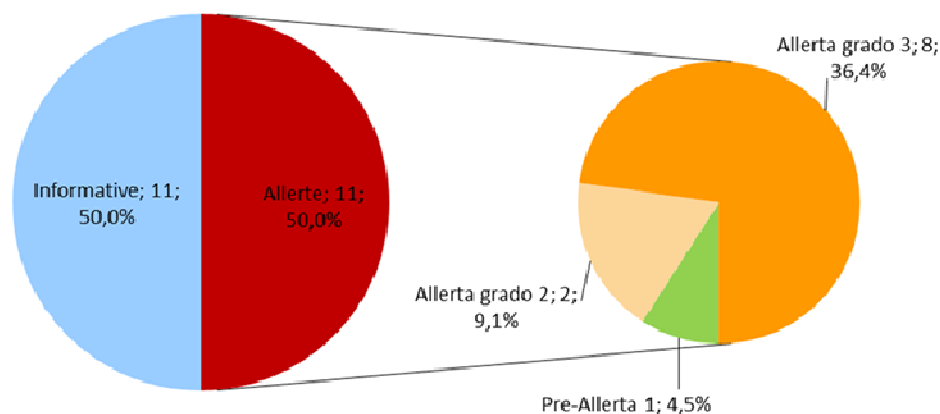
Nel corso del 2013, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha prodotto una serie di comunicazioni destinate ai centri collaborativi (output) classificate secondo la tipologia di seguito riportata:

- **Informative:** comunicazioni che il Sistema rivolge al network di output e che non presentano carattere di urgenza. Esse sono finalizzate ad informare le unità del network e vengono utilizzate per inoltrare al network degli esperti le segnalazioni provenienti dai Centri Collaborativi del Sistema. Le Informative hanno inoltre l'obiettivo di condividere le informazioni analitiche e cliniche al fine di agevolare l'identificazione delle nuove molecole segnalate al Sistema di Allerta e di supportare con informazioni di carattere clinico il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute nei Dipartimento di Emergenza.
- **Allerte:** avvisi a carattere di urgenza che implicano un'azione coordinata tra tutte le strutture competenti per l'attivazione e l'implementazione di opportune procedure di risposta al fenomeno segnalato. A seconda della gravità dell'allerta e, quindi, del potenziale rischio per la salute pubblica, le allerte possono essere Pre-allerte, Allerte di grado 1, 2, 3:
  - **Pre-allerta:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Non ci sono casi clinici registrati in Europa né in Italia. Non ci sono decessi. Informazioni in attesa di conferma. Possibilità di ricevere ulteriori informazioni che potrebbero esitare in un'Allerta.
  - **Allerta di grado 1:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Non ci sono casi clinici, né in Europa o in Italia. Condizioni di rischio di disagio sociale (preoccupazioni, ansie, allarmi sociali);
  - **Allerta di grado 2:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici verificatisi in Europa o in Italia. Rischio di danni alla salute (disturbi temporanei, non potenzialmente letali) e rischio di diffusione di sostanze tossiche nel mercato illecito e dei consumi. Non ci sono decessi;
  - **Allerta di grado 3:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici verificatisi in Europa o in Italia. Condizioni di rischio di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, decessi).

Nel 2013 sono state 22 le comunicazioni inviate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce al network di output. Si è trattato di 11 Informative ed 11 Allerte. Tra le Allerte (50,0%), 2 Allerte di secondo grado (18,2%) e 8 di terzo grado (72,7%); 1 (9,1%) Pre-allerta è stata inviata nel 2013.

11 Informative  
inviato;  
11 Allerte attivate

**Grafico 3** – Comunicazioni in uscita inviate nel 2013 dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce distribuite secondo la tipologia - percentuale.



I principali fenomeni segnalati attraverso le Allerte

Nel 2013 sono state attivate 11 Allerte: 1 Pre-Allerta, 2 Allerte di grado 2 e 8 Allerte di grado 3. Nessuna Allerta di grado 1. Un'Allerta ha riguardato la registrazione dei primi due casi in Italia di intossicazione acuta correlati al consumo di PMA/PMMA nell'area di Imperia e di Treviso; 2 Allerte hanno riguardato numerosi casi di intossicazione acuta correlati ad assunzione di metossietamina; 3 Allerte hanno riguardato numerosi casi di intossicazione acuta associati al consumo di fenetilammine; una Pre-Allerta sui possibili accessi alle unità di emergenza/urgenza da parte di soggetti che assumono ortensia per via respiratoria; un'Allerta sull'identificazione per la prima volta sul territorio italiano della molecola 4-Metilamfetamina (4-MA o 4-MeA) e la registrazione in Europa di altri 5 decessi e 2 intossicazioni correlabili alla assunzione di questa molecola; un'Allerta sulla registrazione per la prima volta in Italia di 2 casi di abuso e rapina con riscontro analitico di NMP, sostanza presumibilmente somministrata all'insaputa dei soggetti intossicati; un'Allerta sull'aumento della mortalità per overdose a Bologna; infine un'Allerta riguardante la registrazione di 2 nuovi casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici ed identificazione, per la prima volta in Italia, dei cannabinoidi sintetici AKB-48F, 5FUR-144, AKB48, 5F-PB22, STS-135 e MAM-2201.

### 1.5.3 Reporting Form indirizzati all'Osservatorio Europeo (EMCDDA)

31 Reporting Form inviati all'OEDT

Attraverso i Reporting Form, e per tramite del Punto Focale Nazionale, il Sistema di Allerta trasmette all'Osservatorio Europeo le segnalazioni circa la comparsa di nuove molecole, individuate per la prima volta sul territorio italiano. Nel 2013, le segnalazioni trasmesse attraverso i Reporting Form sono state 31: 4 relativi a cannabinoidi sintetici (2 a seguito di identificazione in campioni provenienti da sequestri e 2 relativi a due casi di intossicazione acuta); 18 relativi a fenetilamine (13 analitici e 5 clinici); 3 relativi a catinoni (tutti e 3 clinici) e 6 (2 analitici e 4 clinici) relativi ad altre tipologie di molecole (NMP, 2 per la metossietamina, tropicamide, 5-MAPB e benzidamina).

**Tabella 5** - Lista totale dei Reporting Form, relativi alle molecole identificate sul territorio italiano a seguito di casi di intossicazione e/o di sequestro, trasmessi all'Osservatorio Europeo.

N	DATA INVIO A EMCDDA	MOLECOLA	N	DATA INVIO A EMCDDA	MOLECOLA
1	09/07/2010	Mefedrone	37	29/07/2012	AM-2233
2	09/07/2010	JWH-081+ JWH-250	38	29/07/2012	RCS-4
3	03/08/2010	Butylone	39	04/01/2013	PMA/PMMA
4	05/10/2010	JWH-200 (WIN 55,225)	40	08/01/2013	2-AI (2-Aminoindano)
5	03/12/2010	JWH-122	41	08/01/2013	6-APDB
6	15/03/2011	3-FMC (3-fluoromethcathinone)	42	09/01/2013	MDPV_clinical findings
7	28/03/2011	4-FMC (4-fluoromethcathinone; Flephedrone)	43	09/01/2013	4-MEC
8	02/09/2011	Methylone (bk-MDMA)	44	09/01/2013	Mephedrone/Pentadrone
9	29/09/2011	JWH-019	45	13/03/2013	25I-NBOMe
10	29/09/2011	JWH-210	46	13/03/2013	2C-B
11	29/09/2011	4-MEC (4-methylethcathinone)	47	13/03/2013	2C-H
12	29/09/2011	4-FA (4-fluoroamphetamine)	48	02/05/2013	4-MA
13	29/09/2011	Methylone	49	12/06/2013	NMP
14	04/11/2011	Pentadrone	50	21/06/2013	Methoxetamine
15	09/11/2011	$\alpha$ -PVP ( $\alpha$ -pyrrolidinovalerophenone)	51	26/06/2013	Tropicamide
16	01/12/2011	RCS-4 (C4)	52	03/07/2013	DOC
17	01/12/2011	RCS-4 ortho isomer	53	03/07/2013	DOB
18	09/12/2011	Bufedrone	54	12/08/2013	Methoxetamine
19	09/12/2011	Ethylcathinone	55	12/08/2013	6-APB
20	13/12/2011	Butylone	56	12/08/2013	APB
21	14/12/2011	4-MEC (4-methylethcathinone)	57	12/08/2013	APB
22	27/01/2012	WIN48098_Pravadoline	58	12/08/2013	6-APDB
23	27/01/2012	WIN 55212-2	59	12/08/2013	5-APDB
24	27/01/2012	CRA-13	60	30/08/2013	5-MAPB
25	27/01/2012	AM-679	61	27/09/2013	5-FUR
26	27/01/2012	Methanandamide	62	27/09/2013	AKB48 (APINACA)
27	27/01/2012	JWH-203	63	22/10/2013	25H-NBOMe
28	27/01/2012	CP47,497-(C8)	64	22/10/2013	2C-C-NBOMe
29	09/02/2012	JWH-022	65	20/11/2013	MAM-2201
30	09/02/2012	AM-2201	66	06/12/2013	2C-E
31	14/03/2012	MDAI	67	06/12/2013	2C-B
32	14/03/2012	Methoxetamine	68	06/12/2013	AKB-48F
33	14/03/2012	Methoxetamine	69	16/12/2013	Benzydamine
34	20/03/2012	JWH-122	70	15/01/2014	Diphenidine
35	20/03/2012	JWH-018 + JWH-073 + JWH-122	71	16/01/2014	3-MMC
36	29/07/2012	JWH-307	72	24/01/2014	Hydroxyzine
73	06/03/2014	3,4-CTMP	87	05/05/2014	Quetiapine
74	06/03/2014	Ethylphenidate	88	05/05/2014	2-phenylethanamine (2-PEA)
75	25/03/2014	5-MeO-DALT	89	05/06/2014	5F-AMBICA
76	25/03/2014	5-MeO-MIPT	90	05/06/2014	5-EAPB
77	25/03/2014	bk-PMMA	91	05/06/2014	Dimethylone
78	07/04/2014	5F-PB22	92	05/06/2014	Apica
79	07/04/2014	MAM-2201	93	16/06/2014	Pyrazolam
80	07/04/2014	STS-135	94	16/06/2014	4-FMA
81	07/04/2014	AKB-48F	95	16/06/2014	25B-NBOMe
82	15/04/2014	AMT	96	18/06/2014	TMA-2
83	15/04/2014	Dimethocaine	97	18/06/2014	2C-E
84	15/04/2014	$\alpha$ -PVT	98	18/06/2014	2C-P
85	15/04/2014	MPA	99	18/06/2014	AB-FUBINACA
86	05/05/2014	Orphenadrine	100	18/06/2014	BB-22 (QUCHIC)

---

## 1.6 I risultati

I risultati del Sistema Nazionale di Allerta Precoce vengono presentati secondo i principali fenomeni oggetto di osservazione di seguito riportati:

1. Sostanze nuove non conosciute (nei reperti sequestrati, nei campioni biologici dei pazienti, nei campioni acquistati online o in esercizi commerciali)
2. Sintomi inattesi e atipici dopo l'assunzione
3. Monitoraggio web per la prevenzione dell'offerta di droghe
4. Partite anomale di droghe "classiche" (variazioni delle percentuali di principio attivo)
5. Nuovi tagli e/o adulteranti
6. Nuove modalità di consumo
7. Intossicazioni acute o "decessi a grappolo" droga correlati
8. Variazioni dell'incidenza delle infezioni droga correlate (HIV, HBV, HCV, TBC, MST)

### 1.6.1 Sostanze nuove non conosciute (nei reperti sequestrati, nei campioni biologici dei pazienti, nei campioni acquistati online o in esercizi commerciali)

Dal 2009, sono state segnalate al Sistema Nazionale di Allerta Precoce, dall'Osservatorio europeo e dai Centri collaborativi italiani, 372 molecole (Tabella 7), di cui:

- 110 cannabinoidi sintetici
- 56 catinoni sintetici
- 82 fenetilamine
- 5 piperazine, 14 triptamine, 5 ketamina e analoghi, 31 principi attivi di farmaci, 5 fentanili, 9 oppioidi, 8 analoghi azepanici, 3 analoghi della fenciclidina e altre 44 molecole di varia natura.

Le segnalazioni relative a tali molecole sono giunte dall'Osservatorio Europeo di Lisbona e dai laboratori italiani e dai centri clinici afferenti al Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

**Tabella 7** – Elenco delle molecole segnalate al Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2009.

N	Nome	Mese/Anno	N	Nome	Mese/Anno
1	2NE1	apr-14	43	A-796,260 isomer	dic-13
2	Psilocibina	apr-14	44	N-(2-Methoxyethyl)-N-(1-methylethyl)-2-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-4-thiazol-methanamine	dic-13
3	Psilocina	apr-14	45	N,N-Diethyl-2-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-4-thiazol-methanamine	dic-13
4	4-acetossi-n,n-DMT	apr-14	46	Lysergic acid 2,4-dimethylazetidide (LSZ)	dic-13
5	AB-CHMINACA	apr-14	47	MT-45	dic-13
6	4-bromoamfetamina	apr-14	48	Butorphanol	dic-13
7	AM-2201 analogo benzimidazolico	apr-14	49	Orfenadrina	dic-13
8	Alprazolam tiazolobenzofenone derivato	apr-14	50	$\beta$ k-2C-B	nov-13
9	3-metossimetcatinone	mar-14	51	M5FPIC	nov-13
10	4-fluoro-N-isopropilnorpentedrone	mar-14	52	ADB_PINACA	nov-13
11	2-metossiamfetamina	mar-14	53	ADB-Fubinaca	nov-13
12	4'-chloro- $\alpha$ -PPP	mar-14	54	5-Meo-DALT	nov-13
13	Mesembrine	mar-14	55	5-Meo-MIPT	nov-13
14	Eutilone	mar-14	56	embutramide	nov-13
15	$\beta$ -propilmetcatinone	mar-14	57	N-methyl-2-aminoindan	nov-13
16	$\alpha$ -PHP	mar-14	58	AM-2201_indazole_analogue	nov-13
17	4-fluoro-butirfentanil	mar-14	59	4-MMA	nov-13
18	$\alpha$ -etilaminopentiofenone	mar-14	60	Benzidamina	nov-13
19	Dimetilone	feb-14	61	AM-6527_5-fluoropentyl derivative	nov-13
20	4-fluorometamfetamina (4-FMA)	feb-14	62	Ocfentanil	ott-13
21	Metilendiossiamfetamina (MDA)	feb-14	63	Atomoxetine	ott-13
22	2,4,5,-trimetossiamfetamina (TMA-2)	feb-14	64	6-EAPB	ott-13
23	Mepirapim	feb-14	65	Difenidramina	ott-13
24	1-(3,4-dimethylphenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one (3,4-DMEC)	feb-14	66	25N-(BOMe) <sub>2</sub>	ott-13
25	JWH-018 indazole analog	feb-14	67	2-FMC	ott-13
26	FDU-PB-22	feb-14	68	Venlafaxine	ott-13
27	4-bromoethcathinone (4-BEC)	feb-14	69	Sibutramine	ott-13
28	3,4-dimethoxy- $\alpha$ -PVP; 3,4-DMeO- $\alpha$ -PVP	feb-14	70	Gabapentin	ott-13
29	Aminopirina	feb-14	71	Rimonabant	ott-13
30	4-metilaminofenazone	feb-14	72	Methallylescaline	ott-13
31	N-ethyl-4-methylnorpentedrone	gen-14	73	C30-NBOMe	ott-13
32	PB-22 indazole analogue	gen-14	74	4-methylaminorex p-methyl derivative	ott-13
33	5F-PB-22 indazole analogue	gen-14	75	AM-1248 isomero azepano	set-13
34	Tramadol	gen-14	76	bk-MPA	set-13
35	N-methyl-2C-B	gen-14	77	LY2183240	set-13
36	2-MeO-diphenidine	gen-14	78	6-MAPB	set-13
37	6-Bromo-MDMA	gen-14	79	Trenbolone	set-13
38	Difenidina	dic-13	80	3C-E	set-13
39	FUB-PB-22	dic-13	81	3C-P	set-13
40	5F-SDB-006	dic-13	82	25iP-NBOMe	set-13
41	SDB-006	dic-13	83	25i-NBMD	set-13
42	1-(Cyclohexylmethyl)-2-[(4-ethoxyphenyl)methyl]-N,N-diethyl-1H-benzimidazol-5-carboxamide	dic-13	84	Mescalina	ago-13

85	Metossietamina Bromo Derivato	ago-13	119	Clorochina	apr-13
86	Diclazepam	ago-13	120	JWH-145	apr-13
87	W-15	ago-13	121	JWH-030	apr-13
88	Nitracaina	ago-13	122	JWH-307 bromo derivato	apr-13
89	JWH-412 5-fluoropentyl derivative	ago-13	123	2,5-dimetossi-4-etilfenetilamina (2C-E)	apr-13
90	Proscalina	ago-13	124	4-bromo-2,5-dimetossianfetamina (DOB)	apr-13
91	Tadalafil	lug-13	125	4-cloro-2,5-dimetossiamfetamina (DOC)	apr-13
92	PMKA	lug-13	126	5F-PB22	mar-13
93	βk-PBDB	lug-13	127	Flubromazepam	mar-13
94	Escalina	lug-13	128	EAM-2201 [1-(5-fluoropentil)-1H-indol-3-il]-(4-etil-naftalen-1-il)metanone	feb-13
95	Mephtetramine	lug-13	129	Carfentanil	feb-13
96	5-EAPB	lug-13	130	JWH-368 ( 5-(3-fluorophenyl)-1-pentyl-1H-pyrrol-3-yl]-1-naphthalenyl-methanone)	feb-13
97	AL-Alliescalina	lug-13	131	A-834,735 (1-(tetraidropiran-4-ilmetil)-1H-indol-3-il]-(2,2,3,3-tetrametilciclopropil)metanone)	gen-13
98	Mebroqualone	lug-13	132	2C-H (2-(2,5-dimetossifenil)etanamina)	gen-13
99	5F-AB-PINACA	lug-13	133	2C-B (4-Bromo-2,5-dimetossibenzenetanamina)	gen-13
100	JTE-907	lug-13	134	5-MAPB (1-(Benzofuran-5-il)-N-metilpropan-2-amina)	gen-13
101	2-(2,3-dimethoxyphenyl)-N-(3,4,5-trimethoxybenzyl)ethanamine	lug-13	135	4-fluorocatinone	gen-13
102	3-[2-(2-methoxybenzylamino)ethyl]-1H-quinazoline-2,4-dione (RH-34)	lug-13	136	Quetiapina	dic-12
103	N-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(4-fluorobenzil)-1H-indazole-3-carboxamide (AB-FUBINACA)	lug-13	137	4-metil-fendimetrazina	dic-12
104	1-(4-methoxyphenyl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (4-MeO-α-PVP)	giu-13	138	4-metilaminorex-4-metil derivato	dic-12
105	4-methylbuphedrone, N-benzyl derivative	giu-13	139	25N-NBOMe	dic-12
106	A-836,339	giu-13	140	25G-NBOMe	dic-12
107	2-ethylamino-1-phenyl-propan-1-one (Ethylpropion, N-ethylcathinone and 2-ethylaminopropiophenon, Etilcatinone)	mag-13	141	25E-NBOMe	dic-12
108	Fenacetina	mag-13	142	2C-N	dic-12
109	α-PVT, alpha-PVT, alpha-pyrrolidinopentiothiophenone	mag-13	143	2C-G	dic-12
110	AB-PINACA	mag-13	144	UR-144 N-(5-cloropentil) derivato	dic-12
111	TFMPP	mag-13	145	25B-NBOMe	dic-12
112	Idrossizina	mag-13	146	4-cloroamfetamina (4-CA)	dic-12
113	N-Methyl-2-pyrrolidone (NMP)	mag-13	147	Isobutanoilfentanil	dic-12
114	N-ethyl-1-phenyl-butane-2-amine	mag-13	148	4-HTMPIO	nov-12
115	URB-597([3-(3-carbamoylphenyl)phenyl] N-cyclohexylcarbamate))	apr-13	149	JWH-018 quinolinecarboxamide	nov-12
116	25H-NBOMe; 2C-H-NBOMe(2-(2,5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine)	apr-13	150	AB-005 isomero azepan	nov-12
117	3,4-dichloromethylphenidate	apr-13	151	2-AI	ott-12
118	UR-144 heptyl derivative ((1-heptyl-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)-methanone)	apr-13	152	AB-005	ott-12

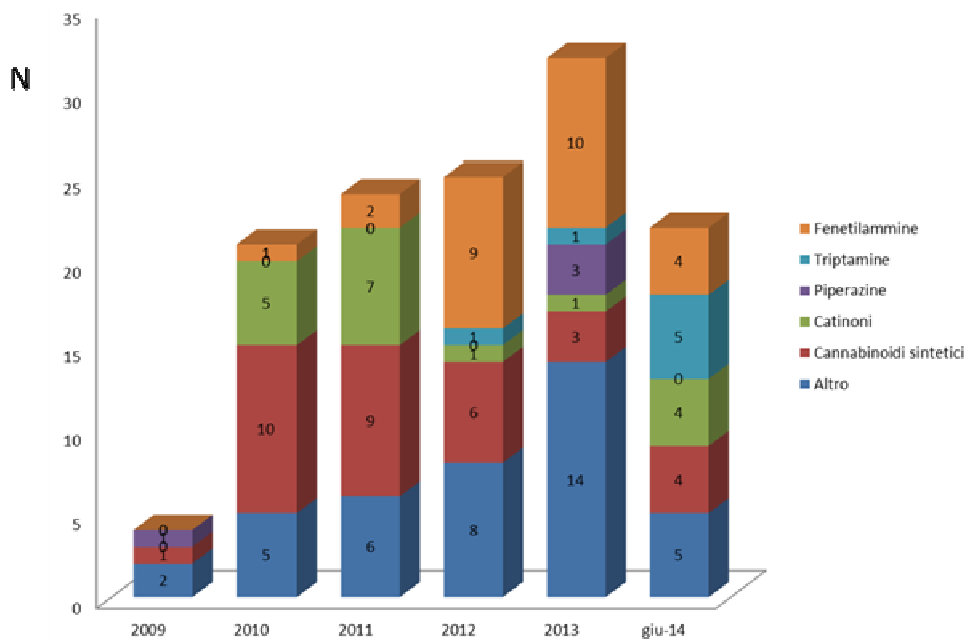
153	AM-2201 analogo Indazolecarboxamide	ott-12	202	MDMA	feb-12
154	AKB-48F	set-12	203	URB754	feb-12
155	AM-1248	set-12	204	1-(Tiofen-2-il)propan-2-amina	feb-12
156	N-Etilketamina	set-12	205	Clobenzorex (o-clorobenzilamfetamina)	feb-12
157	5-(2-Aminopropil)-2,3-diidro-1H-indene	set-12	206	Fenilpropanolamina (PPA)	feb-12
158	4-Idrossiamfetamina	set-12	207	2-Fluoroamfetamina	feb-12
159	3-Metilmetcatinone (3-MMC)	set-12	208	1-(3-Metilbenzilpiperazina)	feb-12
160	2-MeO-Ketamina	ago-12	209	3-Fluoro-isometcatinone (3-FiMC)	feb-12
161	Pirazolam	ago-12	210	Trans-CP 47,497-C8 omologo	feb-12
162	4-AcO-DPT	ago-12	211	1-Cicloesil-x-metossibenzolo	feb-12
163	AH-7921	ago-12	212	N-Propilamfetamina	feb-12
164	JWH 018 N-(5-cloropentil) derivato	ago-12	213	3-(p-metossibenzoil)-N-metilindolo	feb-12
165	JWH 018 N-(5-bromopentil) derivato	ago-12	214	N-idrossi MDA (MDOH)	feb-12
166	1-(5-Fluoropentil)-3-(2-etilbenzoil)indolo	lug-12	215	Popper (Nitrito di isopropile)	gen-12
167	1-(5-Fluoropentil)-3-(2-metilbenzoil)indolo	lug-12	216	HU-331	gen-12
168	JWH-122 pentenil 2-metilindolo derivato	lug-12	217	Scopolamina	dic-11
169	JWH-122 pentenil derivato	lug-12	218	Atropina	dic-11
170	MAM-2201 cloropentil analogo	lug-12	219	1-Fenil-1-propanamina	dic-11
171	3,4-Metilendiossi-N,N-dimetilamfetamina	lug-12	220	AM-694 - cloro derivato	dic-11
172	JWH-018 carbossamide derivato	lug-12	221	$\alpha$ -Pirrolidinobutirrofeneone ( $\alpha$ -PBP)	dic-11
173	APICA	lug-12	222	3-Amino-1-fenil-butane (3-APB)	dic-11
174	25I-NBOMe	giu-12	223	AM-2232	dic-11
175	MPHP	giu-12	224	Etizolam	dic-11
176	STS-135	giu-12	225	Etilfenidato	nov-11
177	5-MeO-MET	giu-12	226	Camfetamina	nov-11
178	4-HO-DPT	giu-12	227	JWH-022	nov-11
179	UR-144(-2H)	giu-12	228	4-Metilbufedrone (4-Me-MABP)	nov-11
180	Zopiclone	giu-12	229	WIN 55,212-2	nov-11
181	5-(2-Aminopropil)indolo (5-IT)	giu-12	230	AM-679	nov-11
182	APINACA	mag-12	231	CP 47,497-C8-omologo	nov-11
183	2,4,5-TMMC	mag-12	232	Propossifene	nov-11
184	1-Fenil-2-(piperidin-1-il)butan-1-one	mag-12	233	Paracetamolo	ott-11
185	4-AcO-DALT	apr-12	234	bk-MDDMA	ott-11
186	LSD	apr-12	235	Benzilpiperidina	ott-11
187	A-796,260	apr-12	236	4-EMC	ott-11
188	25D-NBOMe	apr-12	237	Desomorfina	ott-11
189	Benzocaina	apr-12	238	4-BMC (Brefedrone)	set-11
190	5FUR-144	mar-12	239	Isopentedrone	set-11
191	3-MeO-PCP	mar-12	240	WIN 48,098 (Pravadoline)	set-11
192	4-Fluoroefedrina	mar-12	241	Pirovalerone	set-11
193	1-Etiniil-1-cicloesano (ECX)	mar-12	242	Dipipanone	set-11
194	4-Amino-3-fenil-butanoic acid (Phenibut)	mar-12	243	Sildenafil	ago-11
195	MAM-2201	mar-12	244	Metilone (MDMCAT; MDMC; bk-MDMA)	ago-11
196	2-Fluoro-N-metil-amfetamina - (2-FMA)	mar-12	245	4-fluoroamfetamina (4-FA)	ago-11
197	6-APDB	mar-12	246	Metamfetamina	ago-11
198	5-APDB	mar-12	247	N-Etilbufedrone	ago-11
199	Alfa-metiltriptamina (AMT)	mar-12	248	Org-29647	ago-11
200	JWH-370	feb-12	249	Org-27569	ago-11
201	UR-144	feb-12	250	Org-27759	ago-11
251	AM-2233	ago-11	300	3-MeO-PCE	nov-10
252	JWH-307	ago-11	301	3-(4-Idrossimetilbenzoil)-1-pentilindolo	nov-10
253	Caffeina (in eroina)	ago-11	302	Metossetamina	nov-10
254	Benzoin isopropil etere (BIE)	lug-11	303	PMMA	ott-10



255	Pseudoefedrina	lug-11	304	JWH-019	ott-10
256	Nandrolone	lug-11	305	JWH-203	ott-10
257	JWH-412	lug-11	306	3,4-DMMC	ott-10
258	JWH-387	lug-11	307	JWH-250	ott-10
259	Fenazepam	lug-11	308	Desossipipradrolo	ott-10
260	Ayauasca (NN-DMT)	lug-11	309	JWH-200	set-10
261	Ayauasca (Armina; Harmine)	lug-11	310	Buflomedil	set-10
262	4-APB	giu-11	311	Diltiazem	set-10
263	6-APB	giu-11	312	Etafedrina	set-10
264	RCS-4(C4)	giu-11	313	JWH-210	set-10
265	Ostarina	giu-11	314	Pentadrone ( $\beta$ -etil-metcatinone)	set-10
266	JWH-122 fluoropentil derivato	giu-11	315	5-MeO-DPT	set-10
267	2C-C-NBOMe	giu-11	316	Pentilone	set-10
268	Colofonia in hashish	giu-11	317	M-ALPHA	set-10
269	OMMA	giu-11	318	Isomero nafirone	ago-10
270	Metanandamide	mag-11	319	Variante C8 + C2 del CP-47,497	ago-10
271	AM-1220-azepane-derivato	mag-11	320	4MBC	ago-10
272	AM-1220	mag-11	321	MPPP	ago-10
273	5-HTTP	mag-11	322	Butilone	ago-10
274	JWH-007	mag-11	323	JWH-015	lug-10
275	Tropicamide	mag-11	324	MPBP	lug-10
276	Diazepam	apr-11	325	JWH-122	lug-10
277	(2-metossifenil)(1-pentil-1H-indol-3-il)metanone	apr-11	326	AM-694	lug-10
278	N-Etilamfetamina	apr-11	327	4-Metilecatinone (4-MEC)	lug-10
279	$\alpha$ -Pirrolidinopentiofenone ( $\alpha$ -PVP)	apr-11	328	Bufedrone	lug-10
280	DMMA	apr-11	329	JWH-073 metilderivato	lug-10
281	Metorfano	mar-11	330	Dimetocaina DMC	giu-10
282	3-FMC	mar-11	331	DMAA	giu-10
283	Derivato JWH-250	mar-11	332	iso-Etcatinone	giu-10
284	5-IAI	mar-11	333	pFBT	giu-10
285	JWH-182	mar-11	334	Nafirone	giu-10
286	1-Pentil-3-(1-adamantoil)indolo	feb-11	335	JWH-081	giu-10
287	JWH-251	feb-11	336	RCS-4 (JWH-018 analogo)	mag-10
288	N,N-dimetilamfetamina	feb-11	337	Fentanil	mag-10
289	AM-2201	gen-11	338	4-FMA	mar-10
290	MPA	gen-11	339	Mefedrone (4-MMC)	mar-10
291	CRA-13	gen-11	340	Metamizolo (novalgina)	mar-10
292	4-MeO-PCP	gen-11	341	pFPP	mar-10
293	Desossi-D2PM	dic-10	342	MDAI	mar-10
294	5-APB	dic-10	343	$\beta$ -Me-PEA	mar-10
295	BMDB	dic-10	344	N,N-dimetilfenetilamina	mar-10
296	BMDP	dic-10	345	N-benzil-1-fenilettilamina	mar-10
297	Arecoline	nov-10	346	JWH-073	feb-10
298	Dibutilone	nov-10	347	JWH-018	feb-10
299	MDPBP	nov-10	348	GHB	gen-10

349	2C-B-BZP	gen-10
350	Pregabalin	dic-09
351	4-MA	dic-09
352	JWH-200	dic-09
353	3-FMA	nov-09
354	Etaqualone	nov-09
355	Metamfepramone	nov-09
356	Flefedrone (4-FMC; 4-fluorometcatinone)	nov-09
357	Mitragynina (Mitragyna Speciosa)	nov-09
358	Bromo-Dragonfly	ott-09
359	Levamisolo	ott-09
360	Metedrone (bk-PMMA)	ott-09
361	2-PEA	ott-09
362	MDPV	ago-09
363	DNP (2,4-dinitrofenolo)	ago-09
364	4-AcO-DMT	ago-09
365	PMA	lug-09
366	Petidine/Demerol	lug-09
367	Nortramadol (O-Desmetiltramadol)	giu-09
368	Ketamina	giu-09
369	mCPP	giu-09
370	Piperonale	giu-09
371	TMA-6	giu-09
372	Carbarile	mag-09

**Grafico 4** - Elenco delle nuove molecole segnalate per la prima volta sul territorio italiano, al Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2009 suddivise per categorie.



---

## 1.6.2 Le nuove droghe registrate in Italia dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Negli ultimi anni si è assistito ad un fenomeno del tutto nuovo che ha rivoluzionato le tendenze giovanili, e non solo, rispetto all'uso di droghe. Alle sostanze tradizionali (cannabis, cocaina, eroina, ecc.) si sono aggiunte le molecole di sintesi, quelle cioè preparate artificialmente in laboratorio.

Le nuove droghe di sintesi

Alcune di queste molecole derivano dalla progettazione di nuovi potenziali prodotti ad azione terapeutica, tuttavia, nessuna è mai stata progredita in fase di sviluppo farmaceutico, altre invece nascono specificatamente per l'uso come droghe. Inoltre, molto spesso non sono disponibili in letteratura dati di tossicità associati all'uso di tali sostanze. Pertanto, esiste il rischio che si manifestino effetti non noti e inattesi, inclusi effetti tossici, in seguito alla loro assunzione, effetti che, per altro, sono stati realmente riscontrati in numerosi casi di intossicazione in seguito al loro consumo. L'evoluzione del fenomeno ha condotto all'individuazione da parte delle organizzazioni internazionali che svolgono un regolare monitoraggio dell'offerta di droghe, della comparsa sul mercato dei cosiddetti cannabinoidi e catinoni sintetici, oltre che di altre sostanze che sono risultate particolarmente pericolose per la salute dei consumatori. Anche il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, dal 2009, tiene monitorata la comparsa di tali sostanze sul territorio italiano.

Fino al 2011, la quasi totalità delle nuove droghe sintetiche risultava disponibile in smart shop dislocati in varie città italiane. Il rapido aggiornamento delle tabelle delle sostanze stupefacenti, che ha reso tali sostanze illegali, e l'assidua attività di contrasto condotta dalle forze dell'ordine hanno attualmente ridotto significativamente la loro presenza in tali luoghi.

Disponibilità in smart shop e su Internet

Tuttavia, le nuove droghe risultano ancora ampiamente disponibili sulla rete Internet attraverso la quale la loro commercializzazione avviene rapidamente e facilmente, a causa della difficoltà di monitorare e contrastare un ambiente in continuo movimento e sviluppo come il web. Per contrastare questo fenomeno, il Dipartimento Politiche Antidroga, attraverso il proprio Sistema Nazionale di Allerta Precoce, ha attivato una specifica unità di monitoraggio web per l'individuazione dei siti che commercializzano le nuove droghe.

Di seguito vengono descritte le principali caratteristiche delle nuove droghe intercettate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel 2013 e i casi di intossicazione ad esse correlati.

### I cannabinoidi sintetici

In Europa, i primi cannabinoidi sintetici sono stati riscontrati fin dal 2008 in diverse miscele vegetali, definite anche "herbal mixture" o "herbal blend", e che venivano vendute come incensi o profumatori ambientali. I primi cannabinoidi ad essere stati individuati sono stati il JWH-018 e il JWH-073. Il fenomeno dei cannabinoidi sintetici ha iniziato ad interessare anche l'Italia nel 2010.

Cosa sono

Da analisi condotte su diversi prodotti di tipo "herbal mixture", effettuate da diversi laboratori internazionali, è emersa l'esistenza di numerosi altri cannabinoidi sintetici oltre a quelli sopra riportati, tra cui il JWH-122, il JWH-200, il JWH-250, il JWH-251, il JWH-081, il JWH-398, il JWH-019, l'HU-210 ed il CP 47,497 inclusi i suoi analoghi con catena alchilica C6, C8 e C9. Tali molecole agiscono sui recettori CB1 mimando gli effetti della cannabis.

Dal 2013 ad oggi sono stati segnalati al Sistema 11 nuovi cannabinoidi sintetici: 5-FUR, AKB48 (APINACA), MAM-2201, AKB-48F, 5F-PB22, MAM-2201, STS-135, 5F-AMBICA, Apica, AB-FUBINACA, BB-22 (QUCHIC), la cui identificazione è stata trasmessa all'Osservatorio europeo tramite Reporting Form e sul territorio nazionale mediante opportuna segnalazione a seconda della gravità del caso.

L'attività in vitro del JWH-018 e dei suoi analoghi JWH-073 e JWH-019 risulta essere superiore a quella del  $\Delta^9$ -THC. Analogamente, il CP 47,497 mostra attività agonista sui recettori CB1 dalle 3 alle 28 volte superiore a quella del  $\Delta^9$ -THC. Per tale ragione, i consumatori spesso li consumano ritenendoli prodotti naturali alternativi alla cannabis, ma con simile attività psicotropa. Inoltre, a causa della capacità dei cannabinoidi sintetici individuati di agire come agonisti sui recettori CB1, è possibile sviluppare facilmente tolleranza a queste molecole.

La loro potenza

I cannabinoidi sintetici vengono generalmente assunti per via respiratoria attraverso il consumo di sigarette contenenti sostanza vegetale a cui vengono aggiunte tali molecole di sintesi.

Assunzione ed effetti

Gli effetti dei cannabinoidi sintetici sono simili, quando non superiori, a quelli successivi al consumo di cannabis. L'assunzione di tali prodotti, infatti, genera, dopo soli dieci minuti, congiuntivite, aumento del battito cardiaco, xerostomia e una alterazione della percezione e dell'umore, effetti che perdurano per circa sei ore. In Germania, dal 2009, sono stati registrati casi di soggetti giunti in pronto soccorso dopo il consumo di "herbal mixture" con disturbi del sistema cardiovascolare e del sistema nervoso, quali tachicardia e temporanea perdita di conoscenza. In alcuni casi sono stati registrati effetti quali agitazione psicomotoria, attacchi di panico e stati confusionali. Casi simili sono stati registrati in Svezia, Austria, Romania e Italia.

Dal 2010, in Italia, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, attraverso le segnalazioni dei propri centri collaborativi, ha registrato 43 casi di intossicazione acuta correlata all'assunzione di cannabinoidi sintetici (dei quali, 2 nel 2013) per i quali è stato necessario l'ingresso in pronto soccorso. La maggior parte dei casi sono stati registrati nel Nord Italia e hanno visto coinvolti soggetti tra i 14 e i 66 anni.

Casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici

## I catinoni sintetici

Un'ulteriore nuova droga registrata dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010 è rappresentata dai catinoni sintetici.

Cosa sono

I catinoni sintetici sono analoghi strutturali del catinone vegetale (una molecola naturalmente presente nella pianta di Khat) e vengono commercializzati in compresse di vari colori/forme, in capsule, in polvere/cristalli; vengono generalmente presentati come "sali da bagno" o "fertilizzanti per piante". In tali prodotti, spesso i catinoni presenti sono molteplici e/o vengono associati ad altre sostanze psicoattive.

Quelli registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010 sono: tra i più frequenti il mefedrone (19 segnalazioni), 4-metiletcatinone (4-MEC) (35), butilone (6), metilone (15), metilendioossipirovalerone (MDPV) (19), pentedrone (12), 3-fluorometcatinone (4) e bufedrone (3).

Per la loro varia modalità di presentazione, i catinoni possono essere ingeriti, sniffati/fumati o assunti per via iniettiva o rettale.

Assunzione ed effetti

Molti catinoni sintetici sono caratterizzati da attività simpaticomimetica, correlata prevalentemente al rilascio a livello pre-sinaptico di catecolamine e all'inibizione

---

della ricaptazione dei neurotrasmettitori monoaminergici. Essi sono in grado di simulare gli effetti della cocaina. Gli effetti clinici più comunemente riportati sono: ansia, ridotta capacità di concentrazione e della memoria a breve-termine, irritazione della mucosa nasale, cefalea, tachicardia, ipertensione, iperidrosi, midriasi, trisma, bruxismo, allucinazioni, grave agitazione psicomotoria e aggressività. Per molti dei catinoni sintetici identificati anche sul territorio italiano non sono disponibili dati completi relativi alle caratteristiche farmacologiche, al preciso meccanismo d'azione e ai possibili effetti tossici. Tuttavia, la clinica di presentazione non è distinguibile dagli effetti acuti da MDMA o da cocaina.

Dal 2013 ad oggi sono stati segnalati al Sistema sequestri e/o casi clinici correlati a 6 diversi catinoni sintetici: MDPV, 4-MEC, Mefedrone/Pentedrone, 3-MMC, bk-PMMA, Dimetilone.

Dal 2010, in Italia, sono stati registrati 8 casi (età compresa tra 18 e 38 anni) di intossicazione acuta da catinoni sintetici. I sintomi presentati sono stati: midriasi, ansia, panico, allucinazioni visive e uditive, agitazione psicomotoria e atteggiamento violento. In un caso l'assunzione (ingestione/sniffing) del prodotto acquistato in uno smart-shop come concime per piante ha determinato, oltre ad effetti sistemici, anche iperemia del cavo orale, edema della glottide e dell'ugola. Tutti i pazienti sono stati trattati in modo sintomatico e dimessi dopo 24-48 ore di osservazione. I casi sono stati registrati tra la Regione Lombardia, la Regione Veneto e la Regione Toscana. Responsabili delle intossicazioni sono stati i catinoni sintetici butilone, mefedrone, metilecatinone e MDPV.

Casi di  
intossicazione acuta  
da catinoni sintetici

## Le fenetilammine

Le fenetilammine hanno assunto un ruolo particolarmente significativo nel corso del 2013.

Cosa sono

Le fenetilammine rappresentano una classe di molecole ad azione psicoattiva e stimolante piuttosto ampia che include anche l'amfetamina, la metamfetamina e la 3,4-metilendioossimetamfetamina (MDMA, anche nota come ecstasy), molecole controllate dalla Convenzione del 1971. Si distinguono in diversi sotto-groppi in funzione della diversa sostituzione sull'anello aromatico, sulla catena alchilica e sull'azoto e sono identificate per la maggior parte da numeri e lettere. Tali variazioni strutturali conferiscono alle fenetilammine effetti che variano dall'azione stimolante ad effetti di tipo allucinogeno, come per gli analoghi della mescalina, una fenetilamina di origine naturale, che appartiene alla serie "2C".

Numerosi sono stati i casi di sequestro di prodotti in cui sono state riscontrate.

Le fenetilammine vengono commercializzate in compresse di vari colori/forme, in capsule, in polvere/cristalli. In Italia sono stati registrati numerosi sequestri di fenetilammine della serie "NBOMe" sotto forma di francobolli ("blotters"), formulazione tipica degli allucinogeni ad elevata potenza.

Tra le fenetilammine registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010, si ricordano 2C-E, OMMA, 4-FA, MDAI, Ortoclorobenzilamfetamina (Clobenzorex), Finilpropanolamina (PPA), APB, 2-AI, 6-APDB, 4-MA, 2C-B, 2C-H, 25I-NBOMe, DOB, DOC, MAPB, 2C-NBOMe, 25H-NBOMe, 5-APDB, 6-APB, 2-PEA, Metiopropamina, TMA-2, 25B-NBOMe, 5-EAPB, 2C-P. Dal 2013 ad oggi sono stati segnalati al Sistema 22 fenetilammine: PMA/PMMA, 2-AI (2-Aminoindano), 25I-NBOMe, 2C-B, 2C-H, 4-MA, DOC, DOB, 6-APB, APB, 6-APDB, 5-APDB, 5-MAPB, 25H-NBOMe, 2C-C-NBOMe, 2C-E, 2-phenylethamphetamine (2-PEA), 5-EAPB, 4-FMA, 25B-NBOMe, TMA-2 e 2C-P.

Le fenetilammine rappresentano un gruppo molto ampio di sostanze pertanto la loro attività farmacologica e la loro potenza varia di prodotto in prodotto. Fenetilammine del tipo amfetaminico (MDMA o ecstasy, amfetamina e metamfetamina), hanno azione stimolante e circolano generalmente sotto forma di compresse di colore e loghi vari, mentre fenetilammine di recente comparsa sul territorio, appartenenti alla serie delle cosiddette “NBOMe”, hanno azione allucinogena e circolano sotto forma di “francobolli” analoghi a quelli dell’LSD, in quanto estremamente potenti a dosi molto basse.

La loro potenza

Le fenetilammine risultano essere ingerite, sniffate e più recentemente assunte per via sublinguale (francobolli). Le fenetilammine determinano un aumento del battito cardiaco, della respirazione, della pressione sanguigna e della temperatura corporea; quest’ultimo effetto può causare convulsioni e coma. Uno degli effetti più pericolosi di questo tipo di droghe è la rigidità muscolare; gli effetti tuttavia variano da sostanza a sostanza.

Assunzione ed effetti

Dal 2010, in Italia, sono stati registrati 5 casi (età compresa tra 16 e 40 anni) di intossicazione acuta da fenetilammine. Un caso di intossicazione era correlato alla molecola 6-APB, due casi a PMA/PMMA con sintomi quali agitazione, confusione, allucinazioni visive, sudorazione profusa, midriasi, iperemia, tachicardia, normotermia. Una da assunzione di 2C-E ed uno da 2C-B con presentazione di sintomi quali midriasi, delirio, agitazione psicomotoria, tachicardia, stato comatoso, convulsioni. I casi sono stati registrati in Sicilia, in Liguria (2 casi), in Umbria e in Veneto.

Casi di intossicazione registrati in Italia

### 1.6.3 Sintomi inattesi e atipici dopo l’assunzione

Grazie alla distribuzione degli standard analitici dei cannabinoidi sintetici e di altre nuove molecole ai laboratori del network da parte dell’Istituto Superiore di Sanità, è stato possibile facilitare il lavoro dei laboratori permettendo loro di identificare con certezza tali molecole nei materiali analizzati. Una maggior tempestività nel riconoscimento ha quindi reso più veloci anche le diagnosi fatte dal personale del pronto soccorso, consentendo di attivare più rapidamente le adeguate misure di trattamento e cura dei pazienti intossicati.

### 1.6.4 Nuovi tagli e/o adulteranti, contaminanti

Le segnalazioni giunte al Sistema nell’ultimo anno di attività evidenziano che le sostanze da taglio/adulteranti incontrate per l’eroina sono risultate paracetamolo, caffeina, metorfano e cloroquina. tetramisolo/levamisolo, fenacetina, lidocaina, diltiazem, benzocaina, idrossizina, sono invece i tagli/adulteranti riscontrati per la cocaina.

### 1.6.5 Nuovi fenomeni

#### Quetiapina

Verso la fine del 2012 sono stati sequestrati a Genova e a Torino materiali contenenti quetiapina, che hanno dato luogo a falsi positivi al test cromatico preliminare per la cocaina. La quetiapina è il principio attivo di alcuni farmaci ad attività antipsicotica atipica impiegati per il trattamento di disturbi mentali, come il Seroquel commercializzato da AstraZeneca. In letteratura sono state pubblicate alcune testimonianze sull’uso improprio di quetiapina. La quetiapina è un farmaco usato per il trattamento della schizofrenia e dei disturbi bipolari.

#### Tropicamide

A novembre 2012 il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha ricevuto una

---

segnalazione proveniente da alcune farmacie del Trentino, circa la crescente vendita di Visumidriatic, un collirio a base di tropicamide con azione anticolinergica, normalmente usato come midriatico.

L'acquisto del prodotto è richiesto da cittadini prevalentemente dell'est europeo. L'effetto prodotto dall'assunzione impropria di questo farmaco è noto come sindrome anticolinergica centrale, come a seguito dell'assunzione di atropina o di altri anticolinergici (sia farmaci, sia funghi del tipo Amanita muscaria o pantherina, sia parti di piante, quale la Datura stramonium, causa di numerosi casi di intossicazione segnalati nel 2011. L'intossicazione è caratterizzata da: sintomi neurologici (eccitazione, agitazione, delirio, allucinazioni, convulsioni, coma); sintomi cardiaci (tachicardia e tachiaritmie); cute e mucose asciutte e arrossate; ipertermia; ritenzione urinaria; midriasi fissa con offuscamento della visione (incapacità totale alla guida); altri sintomi minori (allucinazioni, disforia). L'effetto acuto massimale dura circa 40 minuti, ma può prolungarsi per più di 6 ore. Dosi elevate possono dare intossicazioni molto gravi, che possono essere erroneamente confuse nel sistema di emergenza/urgenza per meningoencefaliti. Una formulazione del collirio contiene anche un simpaticomimetico (fenilefrina) molto potente (Visumidriatic fenilefrina) e aggiunge all'anticolinergico il potente effetto simpaticomimetico (amfetaminosimile).

In Italia non sono noti fino ad ora casi di intossicazione per abuso di tropicamide: è possibile che il collirio venga impiegato per via endovenosa.

Considerata la potenza del farmaco, l'assunzione per via endovenosa anche di piccole dosi può provocare intossicazioni molto gravi che potrebbero essere erroneamente confuse nel sistema di emergenza/urgenza per meningoencefaliti.

## NMP

Nel corso del 2013 si sono verificati per la prima volta in Italia due casi di abuso e rapina con riscontro analitico di NMP, sostanza presumibilmente somministrata all'insaputa dei soggetti intossicati, tali per cui il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha attivato un'Allerta grado 2, su segnalazione dei Carabinieri RIS di Parma. Nel primo caso si trattava di una rapina avvenuta in provincia di Vicenza nei confronti di un uomo; nel secondo caso, di una violenza sessuale nei confronti di una donna, avvenuta in provincia di Ravenna.

La molecola N-metilpirrolidone (NMP) è un composto chimico con anello lattamico a 5 termini. Viene comunemente impiegato in campo industriale come solvente per materie plastiche, nell'industria petrolchimica, come solvente per la rimozione di vernici/graffiti. In ambito farmaceutico è usato come intermedio di sintesi e nelle formulazioni di inchiostri, insetticidi, erbicidi. Trova impiego anche per aumentare l'assorbimento cutaneo di farmaci ad uso topico. È un agente teratogeno.

Nel primo caso, avvenuto in provincia di Vicenza, gli accertamenti tossicologici hanno riscontrato, nel sangue e nelle urine del soggetto, la presenza della molecola NMP; a conferma dell'assunzione, nelle urine è stata rilevata inoltre la molecola 5-HNMP (5-idrossi-N-metil-2-pirrolidone), metabolita dell'NMP. La sostanza potrebbe essere stata impiegata insieme ad altre sostanze o al posto del GBL, data l'analogia. Anche NMP si presenta come liquido incolore e inodore, miscibile con l'acqua; può venir disciolto in bevande di vario genere, all'insaputa della vittima.

Nel secondo caso, avvenuto in provincia di Ravenna, le analisi tossicologiche sui fluidi biologici (sangue e urine), eseguite presso l'Ospedale di Ravenna erano risultate negative allo screening tossicologico di routine. Gli accertamenti tossicologici effettuati dal Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Parma invece, hanno riscontrato nel sangue e nelle urine del soggetto la presenza della molecola NMP. Nel sangue sono state rilevate inoltre le molecole 5-HNMP (5-idrossi-N-metil-2-pirrolidone) e 2-HMSI (2-idrossi-N-

metilsuccinimide), metaboliti dell'NMP.

## 1.7 Aggiornamento delle Tabelle delle sostanze stupefacenti

A seguito delle segnalazioni ricevute, nell'ambito della procedura operativa per l'attivazione delle misure di sicurezza per la salute relative alle nuove sostanze psicoattive individuate attraverso l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, concordata tra il Dipartimento Politiche Antidroga e il Ministero della Salute, nel 2013 è stato emanato un decreto per inserire nuove molecole in Tabella I del DPR 309/90.

Nello specifico:

- con il Decreto del 16 giugno 2010 (G.U. n. 146 del 25 giugno 2010) sono stati resi illegali i cannabinoidi sintetici JWH-018, JWH-073 e il catinone sintetico mefedrone. Ciò ha reso illegali anche tutti gli herbal blend contenenti i due cannabimimetici e che venivano commercializzati come alternativa legale alla cannabis.
- con il Decreto del 16 maggio 2011 (GU n.112 del 16/5/2011) sono stati resi illegali il catinone sintetico 3,4-Metilendiossiprovalerone (MDPV), i cannabinoidi sintetici JWH-250 e JWH-122, e tutti gli analoghi di struttura del 3-fenilacetilindolo e del 3-(1-naftoil)indolo.
- Il catinone sintetico butilone (o bk-MBDB), taluni analoghi di struttura del 2-amino-1-fenil-1-propanone, il cannabinoide sintetico AM-694 e analoghi di struttura derivanti dal 3-benzoilindolo sono stati inseriti in Tabella I con Decreto 29 dicembre 2011 (G.U. n. 3 del 4 gennaio 2012).
- con il Decreto del 11 giugno 2012 (G.U. n. 142 del 20 giugno 2012) sono stati nominativamente specificati i derivati mono-esterei della morfina, 6-monoacetilmorfina o 6-MAM e 3-monoacetilmorfina o 3-MAM, ed è stata sostituita la denominazione chimica degli analoghi di struttura della molecola Butilone;
- con il Decreto del 24 ottobre 2012 (GU n. 264 del 12 novembre 2012) sono stati resi illegali la metossietamina, analogo N-etilderivato della ketamina; la 4-metilamfetamina, analogo metilato dell'amfetamina; il CP 47,497 e CP 47,497-omologo C8 strutturalmente correlati al delta-9-THC; la 4-Fluoroamfetamina, analogo dell'amfetamina; il 5,6-Metilendiossi-2-aminoindano, fenetilamina strettamente correlata all'MDMA;
- con il Decreto del 10 dicembre 2012 (GU n.303 del 31 dicembre 2012) è stata resa illegale la molecola 5-IT o 5-(2-aminopropil)indolo, isomero posizionale dell' $\alpha$ -metiltriptamina ( $\alpha$ -MT);
- con il Decreto del 25 giugno 2013 (GU n.158 del 8/7/2013) sono state aggiornate le tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I delle sostanze 6-(2-aminopropil) benzofurano (6-APB); 5-(2-aminopropil)benzofurano (5-APB); 6-(2-aminopropil)-2,3-diidrobenzofurano (6-APDB) e 5-(2-aminopropil)-2,3-diidrobenzofurano (5-APDB).

## 1.8 Altre attività

### 1.8.1 Il network

Rispetto al 2012, il numero di centri collaborativi di II livello è aumentato del 134,2%, passando da 73 a 171 centri, mentre rispetto al 2011 è aumentato del

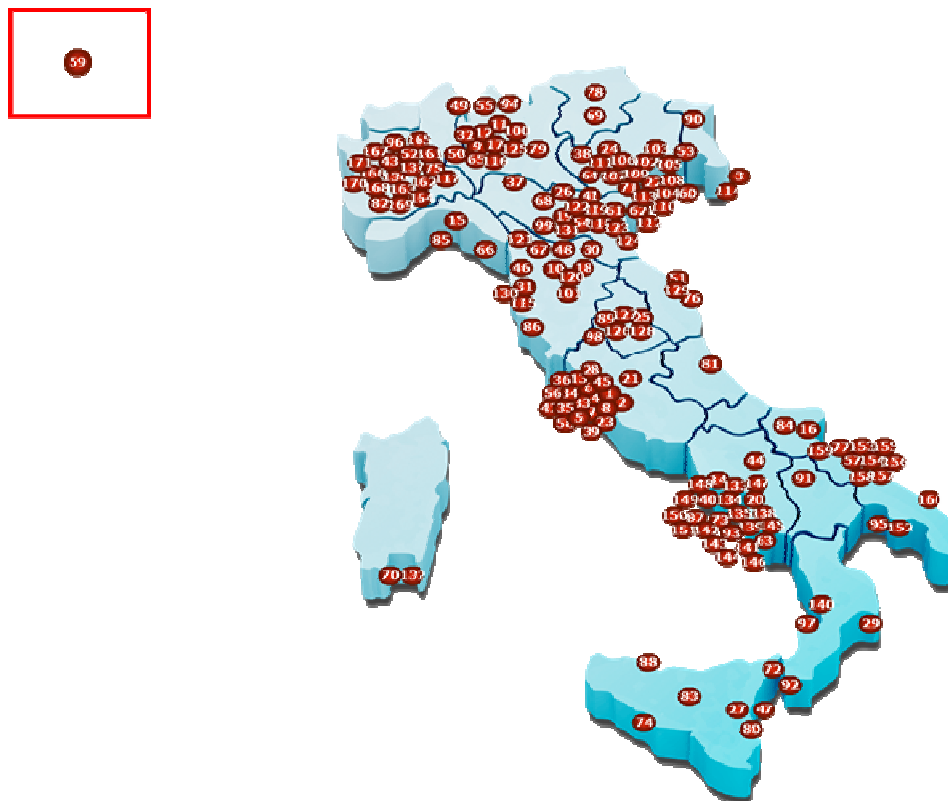
Aumento del  
134,2% dei Centri  
Collaborativi di II



189,8% quando il numero dei centri collaborativi era 59 (nel 2009 i centri erano 30). Ciò ha contribuito ad aumentare la visibilità e l'operatività del Sistema sul territorio nazionale e ad incrementare il numero di segnalazioni da parte delle unità di input.

livello rispetto al  
2012

**Figura 5** – Georeferenziazione dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (aggiornamento maggio 2014).



**Tabella 6** – Elenco dei Centri Collaborativi italiani del Sistema Nazionale di Allerta Precoce riportati in Figura 5 (aggiornamento maggio 2014).

N	CENTRI COLLABORATIVI (Aggiornato maggio 2014)	Referente
1	Istituto Superiore di Sanità – Dipartimento del Farmaco	Teodora Macchia
2	Istituto Superiore di Sanità – Dipartimento del Farmaco	Roberta Pacifici
3	Ministero Interno UTG Trieste – Nucleo Operativo Tossicodipendenze	Alma Biscaro
4	Ministero della salute – Direzione Generale della Prevenzione – Ufficio VII	Pietro Malara - Pietro Canuzzi
5	Ministero della salute – Direzione generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure – Ufficio VIII	Germana Apuzzo
6	Ministero della Salute – Ufficio IV - DG Prevenzione Sanitaria	Aurelia Fonda
7	Ministero della Salute – Direttore Ufficio IV – DG Prevenzione Sanitaria	Liliana La Sala
8	Osservatorio Italiano sulle Droghe – Dipartimento Politiche Antidroga	Roberto Mollica
9	Centro Antiveneni Pavia, Centro Nazionale di Informazione Tossicologica – IRCSS Fondazione Salvatore Maugeri	Carlo Locatelli
10	Centro Antiveneni – Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze	Primo Botti – Francesco Gambassi
11	Centro Antiveneni Bergamo, Az. Ospedali Riuniti	Maria Luisa Farina
12	Centro Antiveneni Milano – Az. Osp. Ospedale Niguarda Cà Granda	Franca Davanzo
13	Centro Antiveneni Policlinico Gemelli – Roma	Alessandro Barelli

14	Centro Antiveneni, Ospedale Cardarelli – Napoli	Clara Volpe
15	Centro Antiveneni, Ospedale Gaslini – Genova	Mario Lattere
16	Centro Antiveneni, Ospedali Riuniti – Foggia	Anna Lepore
17	Laboratorio di Tossicologia Analitica – IRCCS Policlinico San Matteo – Pavia	Pietro Papa
18	Tossicologia Forense – Università degli studi di Firenze	Elisabetta Bertol
19	Tossicologia Forense – Università degli studi di Bologna	Elia Del Borrello
20	Tossicologia Forense – II Università degli studi di Napoli	Renata Borriello
21	Tossicologia Forense – Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma	Marcello Chiarotti
22	Tossicologia Forense – Università degli studi di Padova	Santo Davide Ferrara
23	Tossicologia Forense – Università “La Sapienza” – Roma	Mauro Iacopini
24	Tossicologia Forense – Università degli studi di Verona	Franco Tagliaro
25	Tossicologia Forense – Università degli studi di Perugia	Paola Melai
26	Tossicologia Forense – Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Manuela Licata
27	Tossicologia Forense – Università degli Studi di Catania	Guido Romano
28	Tossicologia Forense – Istituto di Medicina Legale Università Cattolica del S. Cuore	Sabina Strano Rossi
29	Laboratorio di Tossicologia – Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro	Loris Rivalta
30	Laboratorio Generale Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi	Gianni Messeri
31	Dipartimento di Scienze Farmaceutiche – Università degli Studi di Pisa	Marco Macchia
32	Dipartimento di Scienze Farmaceutiche – Università degli Studi di Milano	Veniero Gambaro
33	Dip. di Scienze anatomiche, istologiche, medico-legali e dell'apparato locomotore – Università “La Sapienza”, Roma	Federica Umani Ronchi
34	Direzione Centrale Anticrimine – Polizia di Stato – Servizio Polizia Scientifica	Egidio Lumaca
35	Servizio Polizia Scientifica – Sez. Indagini sulle droghe d'abuso – Polizia di Stato	Serena Detti
36	Arma dei Carabinieri – Reparto Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Roma	Luigi Ripani - Adolfo Gregori
37	Reparto Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Parma	Giada Furlan
38	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze Stupefacenti Verona	Giuseppe Guzzini - Roberto Buonocore
39	Agenzia delle Dogane – Laboratorio chimico di Roma	Alessandro Proposito
40	Laboratorio e Servizi Chimici dell'Agenzia delle Dogane di Torino – Genova – Savona	Francesco Parisi
41	Polizia di Stato – Squadra mobile di Bologna	Fabio Bernardi
42	Presidenza del Consiglio dei Ministri	Luigi D'Onofrio
43	Laboratorio Antidoping – Torino	Marco Vincenti
44	ARPAC – Dipartimento tecnico di Benevento	Caterina Martuccio
45	AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco – Ufficio Valutazioni e Autorizzazioni	Lucio Covino
46	U.O. Biochimica clinica e tossicologia – Az. Sanitaria USL2 Lucca	Daniele Prucher
47	U.O.Chimica e Clinica Tossicologica ASP Catania – Regione Sicilia	Antonino Signorelli
48	Laboratorio di Sanità Pubblica – Area Vasta Toscana Centro - Azienda Sanitaria di Firenze	Roberto Baronti
49	Laboratorio Ospedale “S. Anna” – Como	Gianni Giana
50	Laboratori di Ricerche di appartenenza Analitiche e Tecnologiche su Alimenti e Ambiente – Università degli Studi di Milano	Fernando Tateo
51	Istituto di Medicina Legale – Dipartimento Neuroscienze Università Politecnica Marche	Raffaele Giorgetti
52	Procura della Repubblica – Torino	Raffaele Guariniello
53	Direzione Politiche Sociali Servizio promozione e inclusione sociale – Comune di Venezia	Alberto Favaretto
54	Libero professionista	Onelio Morselli
55	Libero professionista	Mario Franchini
56	Centro Antiveneni Policlinico Umberto I – Roma	Caterina Grassi

57	TF Università degli studi di Bari	Roberta Candela Gagliano - Lucia Aventaggiato
58	DCSA – III Servizio	Segreteria DCSA
59	University of Heartfordshire department of Pharmacy	Fabrizio Schifano
60	Laboratorio Igiene e Tossicologia Industriale Az. ULSS 12 Veneziana Dipartimento di Prevenzione	Giampietro Frison - Maria Gregio
61	Dipartimento di Scienze della Vita e Biotecnologie (SVeB)-Sezione di Farmacologia – Università di Ferrara	Matteo Marti
62	Università degli studi di Ferrara – Dipartimento di Scienze Farmaceutiche	Claudio Trapella
63	Tossicologia Clinica – SSD Area Critica	Nicola Maria Vitola
64	Struttura semplice Organizzativa Di Tossicologia Clinica C/O Pronto Soccorso	Giorgio Ricci
65	Laboratorio di Prevenzione – ASL Milano	Roberta Casa
66	Laboratorio di Tossicologia – ASL 5 Spezzino	Fabio Evangelisti
67	Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti – Firenze	Giuseppe Dellasorte
68	AOSP di Bologna S. Orsola-Malpighi U.O Laboratorio Centralizzato – Motta	Edit Pierini
69	Laboratorio di Sanità Pubblica – Dipartimento di Prevenzione – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento	Fiorenza Svaizer
70	Arma Carabinieri – Reparto Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Cagliari	Marco Palanca
71	Polizia di Stato – Squadra Mobile di Verona	Roberto Della Rocca
72	Arma Carabinieri – Reparto Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Messina	Pietro Maida
73	Università degli Studi di Napoli "Federico II" – Dipartimento di Farmacia	Ettore Novellino
74	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Agrigento	Cesare Francesco Falcomatà
75	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Alessandria	Gianluca Belli
76	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Ancona	Francesco Simeone
77	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Bari	Carmine Guerriero
78	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Bolzano	Luciano Osler
79	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Brescia	Alioscia Battini
80	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Catania	Alberto Perna
81	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Chieti	Vincenzo Trailani
82	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Cuneo	Cristoforo Lu Mocco
83	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Enna	Carlo Arancio
84	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Foggia	Raffaele Di Paolo
85	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Genova	Fernando Leone
86	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Grosseto	Antonio Gaita
87	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Napoli	Giuseppe Peluso
88	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Palermo	Maurizio De Pascali
89	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Perugia	Lanfranco Croci
90	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Pordenone	Natalino Lanzini
91	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Potenza	Michele D'Ascanio
92	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Reggio Calabria	Michele De Vanna
93	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Salerno	Fernando Russo
94	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Milano	Christian Marchetti
95	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Taranto	Francesco Damiani
96	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Torino	Luigi Murialdo
97	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Vibo Valentia	Donato Orlando
98	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Viterbo	Ivan Bianco
99	Arma dei Carabinieri – Laboratorio Analisi Sostanze stupefacenti Bologna	Errico Carloni
100	Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri Milano IRCCS	Ettore Zuccato

101	Università degli studi di Firenze, Dipartimento di Neurofarba - Sezione di Farmacologia e Tossicologia, SOD di Tossicologia e Medicina della Farmaco-Tossicodipendenze - AOU Careggi, Firenze	Emanuela Masini
102	Medicina di Laboratorio Settore Tossicologia Clinica ULSS 9 Treviso	Andrea Zanardo
103	NAS – Carabinieri Treviso	Vincenzo Nicoletti
104	Ospedale Civile di Chioggia	Mario Lattere
105	Ministero dell'Interno	Gian Pietro Bertuola
106	Questura di Verona	Maurizio Raffagnini - Filippo Dal Fior
107	Questura di Padova	Roberto Salmaso
108	Questura di Treviso	Matteo Anari
109	Questura di Verona – Squadra Mobile	Andrea Cappellari
110	Prefettura UTG Venezia	Giuseppe Falci
111	Laboratorio Analisi do – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Beatrice Caruso
112	Arma dei Carabinieri	Angelo Ricci - Alessandro Bigini - Giovanni Tobaldini
113	Polizia di Stato	Andrea Dora
114	Laboratorio di Tossicologia Forense ASS1 Trieste – Ospedale Maggiore di Trieste	Noelia Malusà
115	Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana – Sezione Dipartimentale di Tossicologia Forense	Silvio Chericoni
116	Laboratorio di Tossicologia Forense- Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense Sez. Medicina Legale e Scienze Forensi, Università degli Studi di Pavia	Cristiana Stramesi
117	Azienda Sanitaria Ospedaliera Nazionale – Ss Antonio e Biagio e C Arrigo	Vincenza Bianchi
118	Università di Bologna – Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie	Patrizia Romualdi
119	Azienda Ospedaliera di Ferrara	Angela Cenaccini
120	Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze	Emanuela Vittoria Fava
121	Guardia di Finanza	Silvio Pinarelli - Francesco Tedesco
122	Comando Provinciale Carabinieri di Ferrara	Marco Gamberini
123	Laboratorio di Analisi Farmaco-Tossicologia – Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie (FaBiT) Alma Mater Studiorum – Università di Bologna	Maria Augusta Raggi - Laura Mercolini
124	Laboratorio Unico di A.V.R. U.O. CoreLab AUSL – Cesena	Valeria Tazzari
125	Fondazione IRCCS Cà Granda – Ospedale Maggiore Policlinico di Milano	Barbara Maria Cantoni
126	Ministero Interno – Questura PG Ufficio Sanitario	Marta Fogliani
127	SER.T. U.O. Alcolgia USL Umbria 2	Paola Babocci
128	Azienda USL Umbria 1	Gaetano Giacomo Clausi
129	Comune Ancona	Marco Ivano Caglioti
130	Agenzia delle Dogane – Direzione Interregionale per la Toscana, la Sardegna e l'Umbria – Laboratori e Servizi Chimici - Laboratorio di Livorno	Francesca Meloni
131	Dipartimento di Chimica – Università di Bologna	Claudia Tomasini
132	Laboratorio di Tossicologia – ASL Cagliari	Alessandra Aste
133	Unità Operativa Patologia Clinica – Presidio Ospedaliero Piedimonte Matese - ASL Caserta	Raffaele Gianfrancesco
134	Polizia Locale – Comune di Portico di Caserta	Federico Maria Sallusto
135	Associazione Leo Onlus – Caserta	Edoardo Amato
136	Ospedale Maria Vittoria – ASL Torino 2	Emilpaolo Manno
137	Medicina d'Urgenza – ASL Torino 4	Roberto Recupero
138	Università degli Studi di Napoli Federico II – Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate	Antonio Acampora
139	Ospedale Santa Maria delle Grazie – ASL Napoli 2 Nord	Giuseppe Varriale
140	Unità di Patologia Clinica ASP Cosenza – CAPT Praia a Mare	Antonio Forestieri
141	Laboratorio Analisi – P.O.S. Giuliano – ASL Napoli 2 nord	Antonio Landi

142	P.O Rizzoli – ASL Napoli 2 Nord	Antonio Castagliuolo
143	Unità Operativa Ser.T 31 – ASL Napoli 1 Centro	Giuseppe De Rosa
144	Laboratori di Ricerche Cliniche Sorrento	Alessandro Bifulco
145	Unità Operativa Ser.T 32 – ASL Napoli 1 Centro	Ferdinando Del Vecchio
146	Tossicologia Clinica e Analitica – ASL Salerno	Luciano Pecoraro
147	Presidio Ospedaliero S. Alfonso Maria dei Liguori	Pasqualina Grasso
148	Polizia Locale – Comune di Portici	Emiliano Nacar
149	Unità Operativa Ser.T – Dipartimento delle Dipendenze – ASL Caserta	Pasquale Di Gennaro
150	Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato – Servizio Polizia Scientifica – Gabinetto Interregionale Napoli	Guido Persico
151	Laboratorio Analisi – ASL Salerno	Alessandro Dragone
152	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche Ser.T – ASL Taranto	Angela Maria Fiorino
153	Unità Operativa Patologia Clinica - P.O di Molfetta – ASL Bari	Nicola D’eri
154	Ministero dell’Interno – Procura Repubblica c/o Tribunale Trani	Gerardo Sorrenti
155	Laboratorio di Patologia Clinica – ASL Bari	Antonio Taranto
156	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche – ASL Bari	Giovanni Sasanelli
157	Ser.T – ASL Bari	Mariella Tambone
158	Prefettura di Bari – UPT Ufficio Prevenzione Tossicodipendenze	Antonio Nappi
159	Ser.T Altamura	Maria Nunziata Varvara
160	ASL Lecce	Claudia Cassar
161	Presidio Sanitario Gradenigo Torino	Federica Ghione
162	Azienda Ospedaliera Mauriziano Torino	Aldo Cottino
163	Azienda Ospedaliera.Mauriziano Torino	Fabrizia Navone
164	P.O SS Trinità Borgomanero – ASL Novara	Claudio Didino
165	Città della Salute e della Scienza Ospedale Molinette –Torino	Roberto Balagna
166	Presidio Sanitario Gradenigo Torino	Cecilia Deiana
167	Medicina d’Urgenza – ASL Torino 4	Enzo Castenetto
168	Azienda Ospedaliero – Universitaria Maggiore della Carità Novara	Gian Carlo Avanzi
169	Mecau DEA Ospedale San Giovanni Bosco ASL Torino 2	Francesco Panero
170	Ospedale Maria Vittoria – ASL Torino 2	Ugo Marchisio
171	Ser.T ASL Biella	Andrea Biolcati

## 1.8.2 Strumenti di aggiornamento

Al fine di tenere costantemente aggiornato il network di input/output e le collaborazioni con altri partner italiani e stranieri, il Sistema Nazionale di Allerta ha continuato ad utilizzare altri strumenti differenziati a seconda delle finalità, del target e della specificità dei contenuti. Di seguito si riporta una sintesi descrittiva di tali strumenti.

- **Nuovo Database Istituzionale N.E.W.S.:** realizzazione di un nuovo database istituzionale del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (National Early Warning System – N.E.W.S.) al fine di memorizzare ed organizzare, da un lato, le informazioni che il Sistema raccoglie durante la propria attività e, dall’altro, le azioni che il Sistema intraprende per gestire tali informazioni a livello interno, nazionale ed internazionale. Il database istituzionale, quindi, svolge un duplice obiettivo: esso intende essere lo strumento attraverso il quale sistematizzare le informazioni raccolte dal

Gestione delle  
informazioni a  
livello interno,  
nazionale ed  
internazionale

Sistema al fine di renderle comprensibili, interrogabili e georeferenziate nel tempo, dando loro un significato che vada, quindi, anche oltre la semplice rappresentazione del dato hic e nunc. Inoltre, il database rappresenta uno strumento di supporto alla gestione dell'attività stessa del Sistema di Allerta, impegnato in frequenti comunicazioni e aggiornamenti rivolti al proprio network dei Centri Collaborativi e all'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze.

Il database è suddiviso in tre distinte sezioni: analitica, clinica, operativa. Nella sezione analitica sono presenti soprattutto informazioni relative alle molecole segnalate (forma, struttura, peso molecolare, ecc.), ai metodi analitici utilizzati per rilevarle e alle risultanze analitiche ricavate dai campioni sequestrati e/o dai campioni raccolti; nella sezione clinica sono presenti informazioni relative ai casi di intossicazione acuta o di decessi correlati alla molecola segnalata, con registrazione dei segni e sintomi riportati e delle risultanze delle analisi di laboratorio condotte sui campioni biologici esaminati. Infine, nella sezione operativa vengono registrate le attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

- **NE.W.S. Activity Report:** il N.E.W.S. Activity Report è uno strumento di sintesi e divulgazione rivolto ai Centri Collaborativi del Sistema finalizzato a tenerli costantemente informati circa le attività e le acquisizioni più recenti e ad agevolare la sintesi delle attività relative al periodo di riferimento. L'iniziativa permette di agevolare la circolazione delle informazioni all'interno del network in maniera periodica, lasciando ai destinatari la possibilità di collegarsi alle fonti originarie per eventuali e successivi approfondimenti. Il Report ha cadenza bimestrale.

Una rivista  
bimestrale

**Figura 6** – Esempi di fascicoli del N.E.W.S. Activity Report realizzati e inviati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce al network dei Centri Collaborativi e, tramite il Punto Focale Nazionale, all'Osservatorio Europeo.



- **Presentazione a congressi ed eventi internazionali:** nel corso del 2013, la struttura organizzativa ed operativa, nonché i dati di attività del Sistema di Allerta, sono stati presentati in diversi incontri nazionali ed internazionali, al fine di condividere le informazioni raccolte e di promuovere la conoscenza del Sistema italiano. Di seguito vengono riportati gli eventi nazionali ed internazionali e relativi contributi, cui hanno preso parte i rappresentanti del Sistema:

- 
- Corso di aggiornamento per il personale specializzato effettivo ai RIS ed ai LASS addetto alle analisi di droghe “Presentazione di casi reali, oggetto di segnalazione dal/al sistema NEWS e delle schede tecniche predisposte e circolarizzate dal sistema”; “Funzionalità del data base “New Psychoactive Drugs” sviluppato in collaborazione con il Dipartimento delle Politiche Antidroga della PCM; procedure di consultazione ed alimentazione presentazione del data base del Sistema di Allerta”, Sede RIS di Parma 8-9 aprile 2013; Sede RIS di Roma 11-12 aprile 2013; Sede RIS di Messina 15-16 aprile 2013; Sede RIS di Roma 28-29 novembre 2013; Sede RIS di Parma 2-3 dicembre; Sede RIS di Messina 9-10 dicembre;
  - Workshop on Early Warning System for New Psychoactive Substances - The health dimension JHA 51722 organized in co-operation with Croatian Agency for Combating Drug Abuse Zagreb “NEWS analytical aspects: new psychoactive substances detected and the integrated database” 27 - 28 maggio 2013 – Zagabria;
  - Montenegrin delegation’s visit to the National Early Warning System (N.E.W.S.) and the Verona Addiction Department “The National Early Warning System (N.E.W.S.): bio-toxicological aspects” 22 ottobre 2013 – Verona;
  - New Drugs - Update sulle Nuove Sostanze Psicoattive - NSP - Aggiornamento tecnico scientifico e strategia nazionale di intervento 2013 24 settembre 2013, Roma; 7 ottobre 2013, Pavia; 29 ottobre 2013, Venezia Mestre; 12 novembre 2013, Bologna; 25 novembre 2013, Firenze; 12 dicembre 2013, Milano; 10 gennaio 2014, Perugia; 22 gennaio 2014, Orbassano (TO); Bari 19 febbraio 2014, Napoli
- **Pubblicazioni scientifiche:** nel 2013 sono state anche realizzate numerose pubblicazioni scientifiche che mettono in luce l’attività e i risultati del Sistema. Di seguito si riportano gli articoli pubblicati in proposito.
- Acute Intoxication Cases Related to Methoxetamine Consumption in Italy: Clinical and Toxicological Evidences. G. Serpelloni, C. Rimondo, C. Seri, M. Cavallini, T. Macchia, C. Locatelli, P. Papa and P. Botti. In Conference Proceedings. Second International Conference on Novel Psychoactive Substances (NPS) Swansea, UK; September 12-13th, 2013. *Current Drug Abuse Reviews*, 2013, 6, 257-305 257;
  - Screening for synthetic cannabinoids in hair by using LC-QTOF MS: A new and powerful approach to study the penetration of these new psychoactive substances in the population. Gottardo R, Sorio D, Musile G, Trapani E, Seri C, Serpelloni G, Tagliaro F. *Med Sci Law*. 2013 Jul 10. [Epub ahead of print];
  - JWH-018 and its N-pentyl-alogenated derivates impair sensory motor functions in mice. Marti M., Ossato A., Trapella C., Seri C., Rimondo C., Serpelloni G. Poster. Convegno monotematico SIF - Vecchie e nuove droghe d’abuso tematiche ed approcci dalla ricerca. 28-29 novembre 2013. Verona, Italia.
  - Powerful cocaine-like action of MDPV on aggressive behaviour in isolated mice. Marti M, Vigolo A, Seri C, Rimondo C, Serpelloni G. Poster. Convegno monotematico SIF - Vecchie e nuove droghe d’abuso tematiche ed approcci dalla ricerca. 28-29 novembre 2013. Verona, Italia.
  - Acute intoxication cases related to methoxetamine consumption in Italy: clinical and toxicological evidences. G. Serpelloni, C. Rimondo, C. Seri, M. Cavallini, T. Macchia, C. Locatelli, P. Papa, P. Botti. Presentazione orale. 2nd International Conference on Novel Psychoactive Substances, 12-13 September, 2013, Swansea (UK).

- Acute intoxication cases related to methoxetamine consumption in Italy: clinical and toxicological evidences. G. Serpelloni, C. Rimondo, C. Seri, M. Cavallini, T. Macchia, C. Locatelli, P. Papa, P. Botti. Poster. 2013 NIDA International Forum - Building International Collaborative Research on Drug Abuse Improving Evidence-Based Treatment. San Diego, 14-17 June, 2013.
- “Synthetic cocaine” as legal cocaine hides synthetic cannabinoids. Carlo A Locatelli, Davide Lonati, Eleonora Buscaglia, Sarah Vecchio, Andrea Giampreti, Valeria M Petrolini, Francesca Chiara, Monia Aloise, Emanuela Corsini, Piero Papa, Laura Rolandi, Loretta Rocchi, Claudia Rimondo, Catia Seri, Giovanni Serpelloni. Abstract. 210. XXXIII International Congress of the European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (EAPCCT) 28–31May 2013, Copenhagen, Denmark. *Clinical Toxicology* (2013), 51, 252–378.
- “Benzofury” poisoning that mimics meningococcal sepsis/septicemia. Carlo A Locatelli, Davide Lonati, Eleonora Buscaglia, Sarah Vecchio, Andrea Giampreti, Valeria Margherita Petrolini, Francesca Chiara, Monia Aloise, Emanuela Corsini, Piero Papa, Antonella Valli, Laura Andreoni, Claudia Rimondo, Catia Seri, Giovanni Serpelloni. Abstract. 74. XXXIII International Congress of the European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (EAPCCT) 28–31May 2013, Copenhagen, Denmark. *Clinical Toxicology* (2013), 51, 252–378.
- Abuse of energy drinks among young people: Experience of the Pavia Poison Control Center. Sarah Vecchio, Francesca Chiara, Eleonora Buscaglia, Andrea Giampreti, Davide Lonati, Valeria M Petrolini, Claudia Rimondo, Catia Seri, Giovanni Serpelloni, Carlo A Locatelli. Abstract. 125. XXXIII International Congress of the European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (EAPCCT) 28–31May 2013, Copenhagen, Denmark. *Clinical Toxicology* (2013), 51, 252–378.
- NEW DRUGS. Nuove Sostanze Psicoattive (NSP): schede tecniche relative alle molecole registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce. Giovanni Serpelloni, Teodora Macchia, Carlo Locatelli, Claudia Rimondo, Catia Seri. Settembre 2013.

### **1.9 Monitoraggio web per la prevenzione dell’offerta di droghe - Offerta di sostanze su Internet (tipologia di prodotti e modalità di commercializzazione)**

L’attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce relativa al monitoraggio dei siti web è focalizzata principalmente su siti e pagine web che vendono direttamente sostanze illegali inserite nelle Tabelle del DPR 309/90 e su una particolare tipologia di siti, definiti “bacheche di inserzioni gratuite”. Monitorando forum, blog e chat, infatti, è emerso che gli utenti Internet preferiscono acquistare online sostanze psicoattive, nuove droghe sintetiche e farmaci quali idrocodone e ossicodone non solo per la ricerca dei loro effetti, ma anche per la difficoltà di rilevare tali sostanze nei fluidi corporei, per la loro elevata accessibilità, per la presunta legalità degli ingredienti che contengono e perché spesso queste sostanze vengono percepite dagli acquirenti come sostanze sicure per la salute.

Uno studio condotto e diretto da Giovanni Serpelloni ha evidenziato le caratteristiche e le strategie di vendita del mercato online di sostanze stupefacenti: di seguito se ne riportano le principali.

Le “bacheche di inserzioni gratuite” sono portali dove è possibile pubblicare annunci di diversa tipologia (giardinaggio, strumenti musicali, case e giardino, ecc.), spesso senza richiedere una registrazione obbligatoria da parte

[Acquisto online di droghe](#)

[Bacheche di inserzioni gratuite](#)



dell'inserzionista. Per tale ragione, chi traffica illecitamente sostanze stupefacenti è attirato da questa tipologia di siti, che garantiscono l'anonimato e riducono il rischio di essere individuati dalle Forze dell'Ordine. I gestori di questi portali scaricano la responsabilità delle informazioni pubblicate sugli inserzionisti, dichiarando che non possono essere inseriti annunci con scopi illeciti (ad esempio vendita di droghe) e che ogni inserzionista è responsabile degli eventuali illeciti in relazione ai propri annunci. In caso di violazione delle condizioni del servizio, l'annuncio viene rimosso e l'inserzionista viene segnalato alle autorità competenti, sempre se identificabile.

Questi siti di vendita sono dei veri e propri e-commerce, nei quali emerge una precisa strategia di vendita dove grande visibilità viene data al costo, alle modalità di spedizione e pagamento (carta di credito, PayPal, bitcoin), alle interfacce linguistiche. Minime, sono invece le informazioni sul prodotto (spesso solo % di purezza, foto del prodotto o struttura chimica) e sullo stato legale della molecola. Si presentano come forum online, blog, punti vendita di fertilizzanti, sali da bagno, incenso o integratori alimentari.

E' stato evidenziato che l'acquisto online inizia con la ricerca del sito Internet attraverso il quale vengono commercializzate le sostanze stupefacenti. Successivamente è sufficiente selezionare il prodotto(i) che si desidera acquistare con un semplice click ed aggiungerlo al proprio "carrello" personale.

Alcuni siti, come ad esempio Zamnesia, inviano all'utente una mail di conferma dell'ordine, nella quale viene riportata il numero d'ordine, utile in caso di eventuali comunicazioni. Effettuato l'ordine, il pagamento può avvenire attraverso una grande varietà di differenti metodi, compresi pagamenti via Carta di Credito, iDEAL, Bonifico Bancario, Direct E-banking, contanti via posta, Bank Contact and Pay Safe Card. Dopo aver effettuato il pagamento, dal magazzino distributore il pacco viene spedito attraverso corriere espresso (DHL, GLS, ecc.) direttamente a casa dell'acquirente. A seconda del sito di vendita, inoltre, la consegna può avvenire con tempistiche diverse. Ad esempio Zamnesia garantisce agli utenti che risiedono all'interno del territorio olandese ricevono il prodotto acquistato entro un giorno lavorativo.

L'individuazione di tale processo ha consentito di attivare forme di controllo da parte dell'Agenzia delle Dogane per intercettare precocemente i pacchi contenenti sostanze stupefacenti destinati ad acquirenti italiani, contrastando quindi il loro traffico e prevenendo il loro consumo nel nostro Paese.

Le strategie di vendita

**Figura 7** – Macro-funzionamento del mercato online delle nuove sostanze psicoattive (G. Serpelloni, 2013).



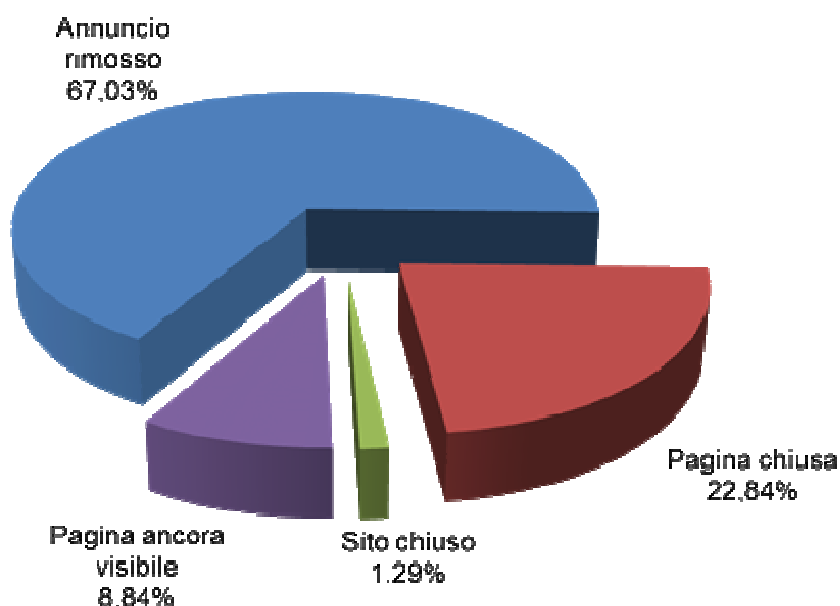
Complessivamente sono stati individuati 106 siti web in lingua italiana con server localizzato all'interno dei confini nazionali, e sono state segnalate 543 pagine web.

Le segnalazioni alle Forze dell'Ordine dei siti che vendono sostanze poste sotto controllo hanno avuto come esito nel 67,03% dei casi la rimozione dell'annuncio e nel 22,84% dei casi la chiusura della pagina web. Il sito segnalato risulta chiuso nell'1,29% dei casi. Solo il 8,84% delle pagine segnalate è ancora visibile sul web.

**Tabella 9** - Esito delle segnalazioni dei siti che commercializzano sul web sostanze stupefacenti illegali.

Esito segnalazioni	N	%
Annuncio rimosso	364	67,03%
Pagina chiusa	124	22,84%
Sito chiuso	7	1,29%
Pagina ancora visibile	48	8,84%
Totale	543	100,0%

**Grafico 5** – Esito delle segnalazioni dei siti che commercializzano sul web sostanze stupefacenti illegali.



Grazie all'attività di monitoraggio, sono state individuate complessivamente 135 differenti sostanze, tra cui sostanze psicoattive sotto controllo (DPR 309/90 e s.m.i) e farmaci venduti senza prescrizione medica.

Nella fattispecie, è stata riscontrata l'offerta di:

- catinoni sintetici (41): Mefedrone, Fledrone; MPPP; 4-MEC; Pentedrone; Eutilone; MDPPP; 3-MeOMC; NEB; MDPV; alpha-PPP; 4-metilbufedrone; alpha-PVP; Etilone; Dibutilone; MDPBP; 4-MeO-a-PVP; Butilone; Nafirone; 4-MBC; 3-FMC ; Brefedrone; 4F-PV9; PV8; 4-MeO-PBP; Metedrone; Pentilone; 4-EMC; 3-MMC; Etcatinone; 2-FMC; Dimetilone; 4-MeO-PV9 ; Metilone; Bufedrone; 4-BMC; 3,4-DMMC ; alpha-PBP; PV1-2; MOPPP; 4F-PV8.
- cannabinoidi sintetici (23): JWH-018; JWH-210; CP-47497; JWH-307; EAM-2201; JWH-073; RCS-4; AM-2233; JWH-019; WIN 48090; JWH-250; AM-2201; AM-1220; JWH-015; JWH-098; JWH-081; JWH-203; MAM-

- 2201; JWH-007; JWH-122; JWH-200; AM-694; JWH-251.
- derivati fenetilamminici (19): 2C-I; 2C-B; 4-MTA; 5-APDB; 2C-T-2; 6-APB; 4-metilamfetamina; DOB; MDMA; 5-APB; 2C-T-7; DOI; 4-FA; 6-APDB; MBDB; 5-IT; MDAI; PMA; Mescalina.
  - Ketamina/Metossietamina (2): Ketamina; Metossietamina.
  - Fentanili (4): Fentanil; Alfentanil; Remifentanil; Sufentanil.
  - Analoghi Azepanici (4): Clonazepam (Klonopin); Etizolam; Diazepam; Midazolam.
  - Triptamine (2): DMT; Psilocibina.
  - Piperazine (1): BZP.
  - Oppioidi (11): Morfina; Meperidina/Petidina; Oppio; Ossimorfone; Tilidina; Etorfina; Codeina; Diidroetorfina; Diidrocodeina; Levorfanolo; Idromorfone.
  - Farmaci (19): Ossicodone; Metaqualone; Amobarbital; Metilfenobarbital; Buprenorfina (Subutex); Pentobarbital; Aprobarbital; Fenobarbital; Idrocodone; GHB; Brallobarbital; Ritalin (Metilfenidato); Alprazolam (Xanax); Tamoxifene; Butobarbital; Secobarbital; Metadone; Allobarbital; Ciclobarbital.
  - Sostanze stupefacenti "Tradizionali" (9): Cocaina; Amfetamina; LSD; Metamfetamina; 4-metilaminorex; Eroina; Argyreia nervosa; THC; Salvia divinorum.

### 1.9.1 Progetto Save Our Net – S.O.N.

Il progetto Save Our Net – S.O.N., affidato dalla Commissione Europea al Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si pone il duplice obiettivo di tutelare i soggetti minorenni, in quanto categoria di popolazione maggiormente a rischio ed esposta al fenomeno della vendita online di sostanze dannose alla salute e in concomitanza di attivare un sistema di monitoraggio, di verifica e di tracciabilità dell'informazione sul WEB mediante metodi innovativi e facilmente esportabili agli Stati Membri, con l'ausilio di tecnologie avanzate e procedure di controllo del sistema di domanda e offerta di sostanze stupefacenti on-line.

Un progetto per la tutela dei minorenni

Il progetto prevede un intervento bilanciato su due livelli: il primo di tipo preventivo-educativo ed il secondo di tipo preventivo-repressivo.

Al primo livello il progetto prevede la realizzazione di un sistema di protezione per i minorenni per l'accesso al web "Family internet security", specifico per la tutela dei minori all'accesso di siti web che commercializzano sostanze potenzialmente pericolose on-line. Tale sistema dovrà interagire sinergicamente con il Sistema Nazionale di Allerta Precoce per l'aggiornamento continuo dell'archivio dei siti web potenzialmente pericolosi.

Interventi di tipo preventivo-educativo e repressivo

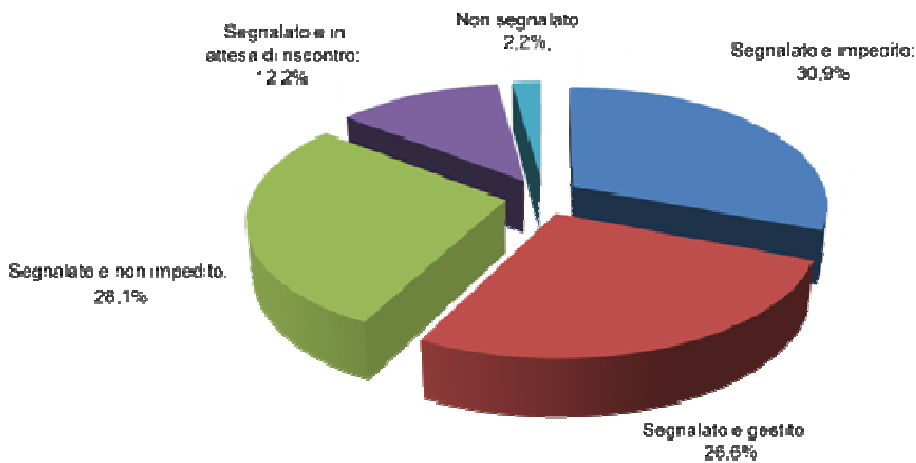
Al secondo livello, il progetto prevede una duplice linea di intervento, la prima dedicata alla verifica e all'aggiornamento dell'archivio dei siti web potenzialmente pericolosi, attraverso un'azione sinergica tra Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, Autorità Giudiziaria e Istituti di servizi interbancari, la seconda dedicata al contrasto della vendita di sostanze stupefacenti on-line, mediante azioni di contrasto attivate dalle Forze dell'Ordine, sulla base degli elementi risultanti dall'azione precedente.

### 1.10 Monitoraggio online dei rave party illegali

L'attività di monitoraggio condotta da ottobre 2010 a maggio 2014 ha portato all'individuazione di 139 eventi musicali illegali promozionati online. 136 di questi sono stati segnalati per competenza a Prefettura, Questura, Comune e, per conoscenza, alla Procura del luogo dove l'evento si sarebbe tenuto e alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, al fine di verificare la legittimità

dell'organizzazione. 43 di questi (30,9%) sono stati impediti, cioè fermati prima che si svolgessero; 37 sono stati gestiti con l'intervento in loco delle Forze dell'Ordine (26,6%) e 39 (28,1%) si sono comunque svolti, nonostante la trasmissione della segnalazione (Grafico 6 e Figura 8). 17 eventi (12,2%) ancora in attesa di riscontro; 3 eventi indicati come "Non segnalati" (2,2%) sono eventi di cui non si è riusciti a raccogliere sufficienti informazioni in anticipo circa il luogo di svolgimento e che, quindi, non è stato possibile segnalare alle Forze dell'Ordine e alle Amministrazioni territoriali.

**Grafico 6** – Rave party individuati attraverso il monitoraggio web e segnalati a DCSA, Prefettura, Questura, Comune e Procura del luogo di svolgimento.



**Figura 8** – Georeferenziazione ed esito dei rave party illegali identificati online e segnalati alle Forze dell'ordine.

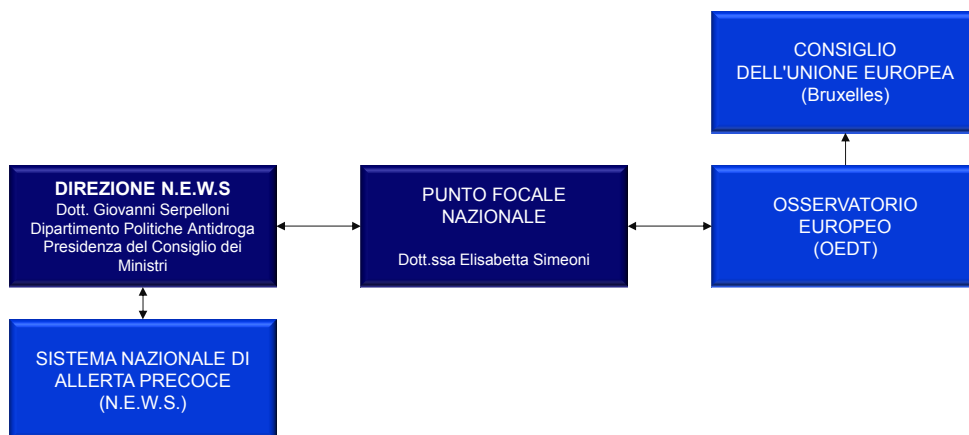


## Allegato - Aspetti organizzativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Il meccanismo per lo scambio rapido di informazioni in materia di nuove sostanze psicoattive coinvolge tutti gli Stati Membri dell'UE grazie alla Decisione 2005/387/GAI del Consiglio d'Europa. In questa cornice, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce italiano costituisce lo strumento attraverso cui viene alimentato lo scambio di informazioni tra Europa e Punto Focale Nazionale, interfaccia ufficiale con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT). Tutte le segnalazioni raccolte dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce attraverso i canali nazionali vengono convogliate verso il Punto Focale Nazionale del Dipartimento Politiche Antidroga, il quale ha il compito di trasferire le informazioni all'OEDT che provvede a sua volta a farle circolare tra i diversi Paesi Europei. Analogamente, quando il Punto Focale riceve una segnalazione dall'OEDT, la trasmette al Sistema Nazionale di Allerta Precoce che ne informa il proprio network o ne sollecita informazioni al riguardo, quando richieste. Le interazioni tra OEDT e Sistema di Allerta possono riguardare anche approfondimenti tecnico-scientifici importanti per l'osservazione ed il monitoraggio di nuove sostanze e di nuove modalità di consumo.

Livello europeo

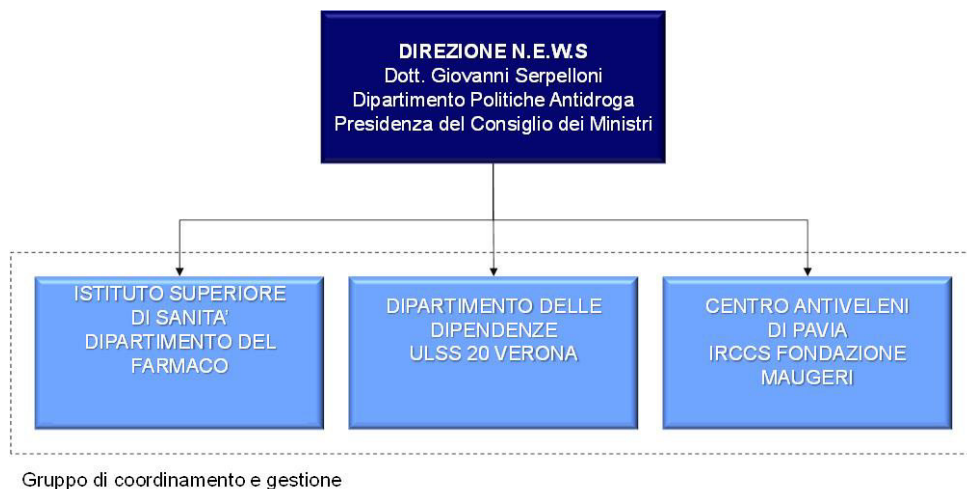
**Figura 1** - Struttura organizzativa del Sistema Nazionale di Allerta Precoce a livello europeo.



A livello nazionale, la Direzione del Sistema si avvale della consulenza e dell'operatività di tre strutture, ognuna competente e responsabile per il coordinamento di un'area specifica:

Livello nazionale

- Coordinamento nazionale degli aspetti bio-tossicologici: di competenza dell'Istituto Superiore di Sanità, fornisce pareri, consulenze, supervisione ai documenti ed agli eventi che nel tempo si presentano e che sono oggetto di attività del Sistema nell'ambito bio-tossicologico;
- Coordinamento nazionale degli aspetti clinico-tossicologici: di competenza del Centro Antiveneni di Pavia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri fornisce pareri, consulenze, supervisione ai documenti ed agli eventi che nel tempo si presentano e che sono oggetto di attività del Sistema nell'ambito clinico-tossicologico;
- Coordinamento nazionale degli aspetti operativi: di competenza del Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 Verona, costituisce il centro di raccolta delle segnalazioni, coordina i flussi informativi, predispone le segnalazioni e le allerte per la supervisione degli altri coordinamenti e della direzione, cura l'aggiornamento del network di input e output, coordina l'aggiornamento e il funzionamento tecnico del software, gestisce il sistema di comunicazione interna, coordina le indagini di campo.

**Figura 2** – Organigramma organizzativo del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, 2013.

Il Sistema collabora con il Ministero della Salute e con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA).

In particolare, per quanto riguarda il Ministero della Salute, la collaborazione si esplicita soprattutto con le Direzioni di seguito indicate cui spettano compiti specifici in relazione all'attività del Sistema di Allerta:

Collaborazione con  
il Ministero della  
Salute  
e con la DCSA

- Direzione generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure
  - Valutazione dell'attivazione istruttoria per l'inserimento nelle Tabelle del DPR 309/90
  - Richiesta di parere al Consiglio Superiore di Sanità
  - Comunicazione del parere espresso dal Consiglio Superiore di Sanità al Dipartimento Politiche Antidroga
  - Predisposizione del decreto di aggiornamento delle tabelle del D.P.R. 309/90
  - Trasmissione della proposta di decreto al Ministro per il tramite dell'Ufficio di Gabinetto
  - Invio in G.U. del decreto per la pubblicazione
  - Valutazione dell'attivazione misure di sicurezza previste dal D.L.vo 713/86
- Direzione Generale della Prevenzione
  - Attivazione allerta
  - Attivazione Codice del Consumo a seguito del rischio di un pericolo per la salute pubblica
  - Attivazione di un'ordinanza cautelativa per il ritiro dei prodotti commerciali contenenti la sostanza segnalata con l'allerta – Comando Carabinieri per la tutela della Salute
- Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione
  - Recepimento allerte del Sistema Nazionale di Allerta Precoce
  - Verifica dell'eventuale notifica del prodotto
  - Attivazione del RASFF

**Figura 3** – Dettaglio delle collaborazioni del Sistema Nazionale di Allerta Precoce con il Ministero della Salute.

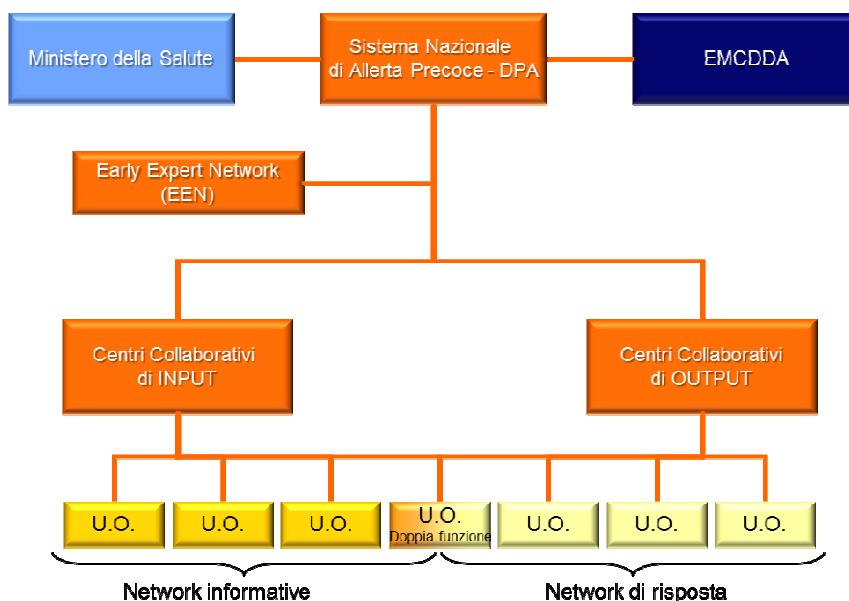


### I Centri Collaborativi del Sistema

Nella Figura 4 si evidenziano i Centri Collaborativi del Sistema che vengono differenziati in centri collaborativi di segnalazione e risposta (I livello) e Early Expert Network per la consultazione rapida (II livello).

Tra i primi (circa 1.500 centri) si annoverano le Regioni e Province Autonome, i Dipartimenti delle Dipendenze, le Comunità terapeutiche, le unità mobili, i laboratori, le strutture del sistema di emergenza/urgenza e le Forze dell'Ordine. Tali centri hanno il compito di inviare segnalazioni al Sistema e di attivare le misure di risposta adeguate in caso di allerta.

**Figura 4** – Organigramma organizzativo del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.



Tra i centri di secondo livello, invece, vengono inclusi la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, la Polizia Scientifica, i Reparti di Investigazioni Scientifiche dei Carabinieri, l' Agenzia delle Dogane, le tossicologie forensi, i centri antiveneni, i laboratori universitari e alcuni centri di ricerca. A costoro spetta il compito non

solo di inviare segnalazioni e attivare misure di risposta, se necessario, ma anche di supportare il Sistema nell'attività di completamento delle segnalazioni e di fornire opinioni e suggerimenti relativamente alle segnalazioni e all'eventuale attivazione di allerte.

**Figura 5** – Rappresentazione grafica dell'organizzazione dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.



### Collaborazione con il National Institute on Drug Abuse

E' stato siglato a Roma il 25 luglio 2011, il secondo importante accordo internazionale di collaborazione scientifica tra l'Italia e gli Stati Uniti sottoscritto dal Capo del Dipartimento Politiche Antidroga, Giovanni Serpelloni, e dalla Direttrice del National Institute on Drug Abuse, Nora Volkow. L'accordo favorisce lo svolgimento di ricerche reciprocamente vantaggiose per migliorare la diagnosi, il trattamento dell'uso di droga e la dipendenza, sviluppando aree di particolare interesse che comprendono: la ricerca, la diagnosi precoce, lo screening, il trattamento e gli interventi brevi per disturbi da dipendenza, soprattutto tra adolescenti e giovani adulti. Nell'ambito della prevenzione, le due strutture hanno deciso di collaborare anche sul versante del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Accordo  
Italia -USA

Nel corso del 2012, quindi, l'organizzazione, le attività e i risultati del Sistema di Allerta Italiano sono stati presentati ad un gruppo di lavoro specificatamente indicato dalla prof.ssa Volkow per scambiare informazioni e conoscenze sia sugli aspetti organizzativi del Sistema, sia sulle nuove sostanze psicoattive e le nuove modalità di consumo che sono state individuate attraverso la sua attività. Lo scambio di informazioni è avvenuto tramite videoconferenze e incontri vis-a-vis in occasione del 2012 NIDA International Forum, tenutosi a giugno a Palm Springs (California) e del 2013 NIDA International Forum, tenutosi a giugno a San Diego (California). La collaborazione permane tutt'oggi e si traduce soprattutto in scambio di informazioni e di best practice nonché nella supervisione, da parte del NIDA, dello sviluppo e realizzazione del database istituzionale del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Gruppo di lavoro  
del NEWS



## Collaborazione con l'Arma dei Carabinieri

A dicembre 2012 è stato sottoscritto un accordo tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, e l'Arma dei Carabinieri. Attraverso tale accordo, i centri Reparto Investigazioni Scientifiche (RIS) e Laboratori Analisi Sostanze stupefacenti (LASS) dell'Arma dei Carabinieri (coordinati dal Ra.C.I.S.) sono stati inseriti a tutti gli effetti nel network dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga (Presidenza del Consiglio dei Ministri) - National Early Warning System (N.E.W.S.), al fine di collaborare e supportare tale Sistema nell'identificazione di nuove droghe e di nuove modalità di consumo attraverso l'analisi dei reperti sequestrati da parte dei Laboratori Analisi Sostanze stupefacenti.

Accordo tra DPA e  
Arma dei  
Carabinieri

**Figura 6** – Raccolta di fotografie scattate durante il training organizzati per il personale di laboratorio dei Carabinieri del Reparto Investigazioni Scientifiche e dei Laboratori Analisi Sostanze stupefacenti, 2013.



Dall'esigenza di aggiornamento del personale specializzato sull'analisi delle nuove sostanze psicoattive, il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) ha quindi promosso un progetto specifico, denominato "R.I.S. – N.E.W.S.", il cui obiettivo generale è quello di sostenere una più efficiente e tempestiva individuazione delle nuove sostanze psicoattive sul territorio italiano facilitando l'ingresso formale dei laboratori dell'Arma dei Carabinieri (RIS e LASS) nel Sistema Nazionale di Allerta Precoce, la loro partecipazione al flusso dati nazionale e l'adozione di metodiche analitiche adeguate all'individuazione delle nuove sostanze.

L'aggiornamento è avvenuto attraverso un percorso di formazione organizzato dall'Arma dei Carabinieri in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga e il Sistema Nazionale di Allerta Precoce. Il primo corso formativo si è sviluppato nelle sedi dei RIS di Roma, Parma e Messina rispettivamente 11/12 aprile, 08/09 aprile e 15/16 aprile 2013; il secondo corso formativo invece il 28/29 novembre; 02/03 dicembre e il 9/10 dicembre 2014.

I corsi si sono svolti attraverso lezioni tenute da esperti nazionali ed internazionali sui temi trattati, mediante lo scambio di informazioni ed osservazioni sui metodi di lavoro. Inoltre è stato anche messo a disposizione dei discenti un kit formativo

Progetto RIS-  
NEWS per  
sostenere l'ingresso  
dei laboratori nel  
NEWS

con materiale didattico ad hoc che i partecipanti potranno utilizzare quali strumenti di lavoro e di approfondimento.

Inoltre il tour ha permesso di ampliare il network dei centri collaborativi del Sistema di Allerta Precoce, con l'adesione di oltre 60 nuovi laboratori e strutture di ricerca.

## 2. Sicurezza nei servizi per le dipendenze

### 2.1 L'indagine

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri in collaborazione con il Ministro della Salute, ha pertanto svolto l'indagine conoscitiva sulla sicurezza e protezione degli operatori e dei pazienti nei Dipartimenti delle Dipendenze. I dati sono stati raccolti dal 6 di settembre 2013 al 10 dicembre 2013 tramite compilazione da parte dei responsabili dei Servizi di una scheda contenente informazioni circa le seguenti variabili: numero di eventuali episodi di violenza fisica diretta agli operatori sanitari negli ultimi 12 mesi; numero di eventuali episodi di violenza diretta alle infrastrutture negli ultimi 12 mesi; numero di segnalazioni formali fatte per episodi di violenza negli ultimi 12 mesi; numero di interventi delle FF.OO. negli ultimi 12 mesi; numero medio di utenti, numero di operatori nei Servizi ed infine misure di sicurezza adottate e/o presenti (Allegato 1).

Periodo  
dell'Indagine: 6  
Settembre 2013 –  
10 Dicembre 2013

**Tabella 1:** Raccolta dati, schede inviate ai Ser.T. e schede ricevute.

Raccolta dati inizio 06 Settembre 2013 fine indagine 10 Dicembre 2013		
Schede inviate ai Ser.T.	598	
Schede ricevute	478	79,9%

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

La raccolta dati è stata avviata il 6 Settembre 2013 e si è conclusa il 10 Dicembre 2013. Il contingente di Ser.T. presente sul territorio è costituito da 598 servizi, 478 (dato aggiornato al 10 Dicembre 2013) di essi hanno partecipato all'indagine presentando un grado di copertura pari al 79,9% (Tabella 2).

Tasso di adesione  
molto alto

**Tabella 2:** Percentuale di copertura dei Ser.T. che hanno inviato il questionario, per Regione.

Regione	Numero totale Ser.T. rispondenti	Tot Ser.T. presenti	% Ser.T. rispondenti
Abruzzo	7	11	63,6
Basilicata	6	6	100,0
Calabria	11	15	73,3
Campania	32	44	72,7
Emilia - Romagna	35	44	79,5
F.V.G	9	11	81,8
Lazio	39	50	78,0
Liguria	13	17	76,5
Lombardia	64	92	69,6
Marche	12	14	85,7
Molise	5	6	83,3
P.A. Bolzano	5	5	100,0
P.A. Trento <sup>(1)</sup>	1	1	100,0

79,9% di Ser.T.  
rispondenti

Regioni. con % di  
copertura più alta:  
Valle d'Aosta, P.A.  
Trento (per la  
presenza di un solo  
Ser.T.), P.A.  
Bolzano, Basilicata  
e Puglia

continua

continua

Regione	Numero totale Ser.T. rispondenti	Tot Ser.T. presenti	% Ser.T. rispondenti
Piemonte	47	62	75,8
Puglia	56	57	98,2
Sardegna	15	16	93,8
Sicilia	43	51	84,3
Toscana	34	46	73,9
Umbria	7	11	63,6
Valle d'Aosta <sup>(1)</sup>	1	1	100,0
Veneto	36	38	94,7
<b>Italia</b>	<b>478</b>	<b>598</b>	<b>79,9</b>

Regioni con copertura più bassa:  
Abruzzo, Umbria,  
Lombardia,  
Campania e  
Calabria

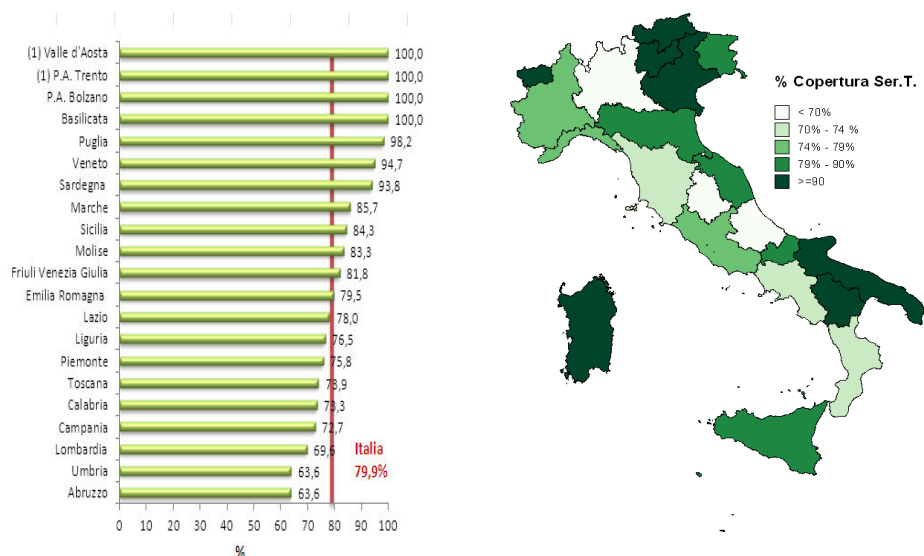
<sup>(1)</sup> Presenza di un solo Ser.T.

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Da segnalare che il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Brescia non ha inviato nessun dato, dichiarando formalmente che *“le procedure in atto presso l'Azienda per la trasmissione istituzionale di dati che non fanno parte del debito informativo, prevedono che le richieste di tali dati vengano inoltrate dai competenti uffici regionali”*. Inoltre, viene riferito che *“ciò è dovuto anche per evitare rilevazioni ed elaborazioni difformi degli stessi dati da parte di diversi attori non sempre esenti da conseguenze negative”*.

A livello territoriale, le percentuali minime di copertura sono state riscontrate nelle Regioni Abruzzo ed Umbria (63,6%) seguite dalla Regione Lombardia (69,6%), dalla Regione Campania (72,7%) e dalla Regione Calabria (73,3%). Per contro quelle con copertura più alta sono la Basilicata e la P.A. di Bolzano (100%), la Puglia (98,2%), il Veneto (94,7%) e la Sardegna (93,8%). In corrispondenza della Valle d'Aosta e della P.A. di Trento la copertura totale è giustificata dal fatto che è presente un solo Ser.T.

**Figura 1:** Distribuzione percentuale di copertura dei Ser.T. che hanno inviato il questionario, per Regione negli ultimi 12 mesi.



<sup>(1)</sup> Presenza di un solo Ser.T.

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

## Metodologia

Per analizzare e presentare meglio il fenomeno, sono stati definiti e calcolati due indici facendo riferimento ad un periodo temporale degli ultimi 12 mesi:

1. **l'indice di episodi di Violenza nei Servizi:** calcolato come la somma totale del numero di episodi di violenza fisica diretti agli operatori sanitari e del numero di atti di violenza e danni diretti alle infrastrutture;
2. **l'indice di Aggressività dell'utenza:** calcolato rapportando l'indice di violenza nel servizio sul numero medio di utenti giornalieri in terapia farmacologica.

Dei 478 Ser.T. che hanno compilato la scheda, il 44,1% ha dichiarato di aver avuto episodi di violenza fisica diretti agli operatori sanitari e alle infrastrutture negli ultimi 12 mesi.

Alta presenza di violenze

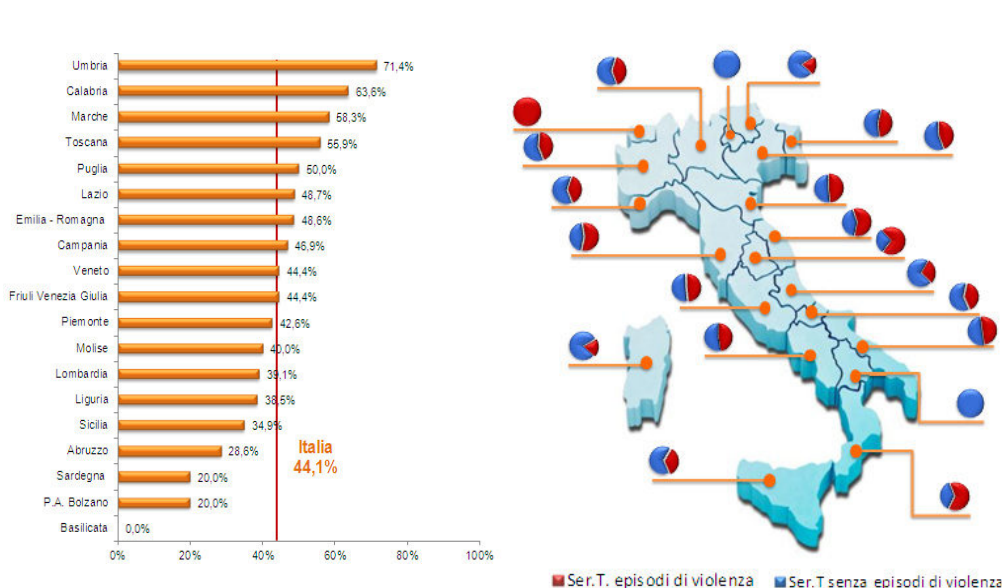
**Tabella 3:** Episodi di violenza, segnalazioni ed interventi delle FF.OO. negli ultimi 12 mesi

	N	%
Sert senza episodi di violenza	267	55,9
<b>Sert con episodi di violenza</b>	<b>211</b>	<b>44,1</b>
di cui:	-	-
solo episodi di violenza fisica agli operatori	13	6,1
solo episodi di danno alle infrastrutture	132	62,6
episodi di violenza agli operatori e alle infrastrutture	66	31,3

44,1% dei Ser.T. ha dichiarato di aver avuto episodi di violenza

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

**Figura 2:** Distribuzione percentuale di Ser.T. per singola Regione che hanno dichiarato di aver avuto episodi di violenza negli ultimi 12 mesi sul totale dei Ser.T. presenti in Regione



% di Ser.T. con episodi di violenza, Umbria (71,4%) Calabria (63,6%) Marche (58,3%)

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

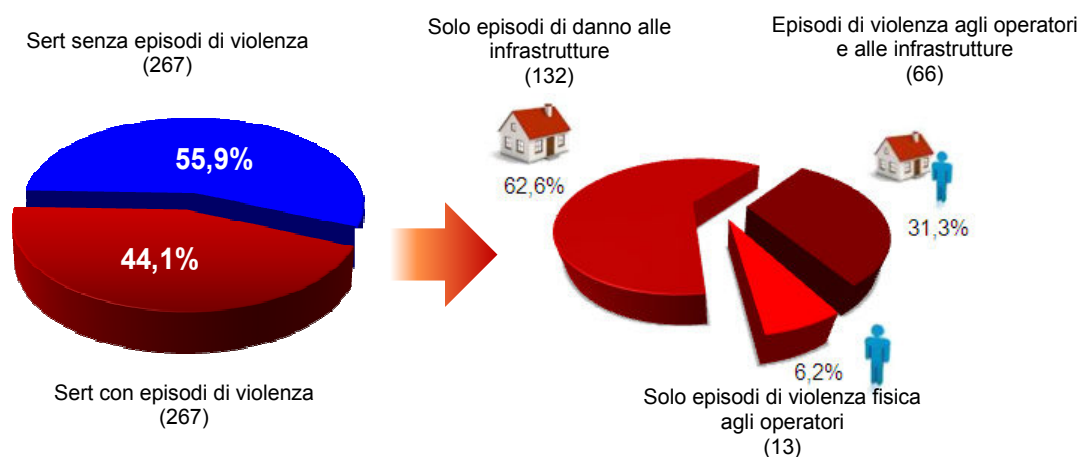
La distribuzione a livello regionale dei Ser.T. che hanno dichiarato di aver avuto episodi di violenza negli ultimi 12 mesi, evidenzia che le Regioni con una

percentuale più alta sono la Valle d'Aosta (100%) (va segnalato che in questa Regione esiste solo un Ser.T.), l'Umbria con una percentuale pari al 71,4% e la Calabria (63,6%). Mentre le Regioni con una percentuale più bassa sono la Basilicata, la Provincia Autonoma di Trento (0,0%) (un solo Ser.T.), la Provincia Autonoma di Bolzano e la Sardegna (20%) e l'Abruzzo (28,6%) (Figura 2).

La Regione Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Trento non sono stati inclusi nel calcolo per la presenza di un solo Ser.T. nel loro territorio Autonoma (Valle d'Aosta = presenza di episodi, P.A. di Trento = assenza)

Del 44,1% dei servizi che hanno dichiarato di aver avuto episodi di violenza nell'ultimo anno di cui, il 62,6% dei Ser.T. ha asserito di aver avuto solo episodi di violenza e danno alle infrastrutture, il 31,3% ha avuto sia episodi di violenza agli operatori sia alle infrastrutture e il 6,1% solo episodi di violenza fisica agli operatori (Figura 3).

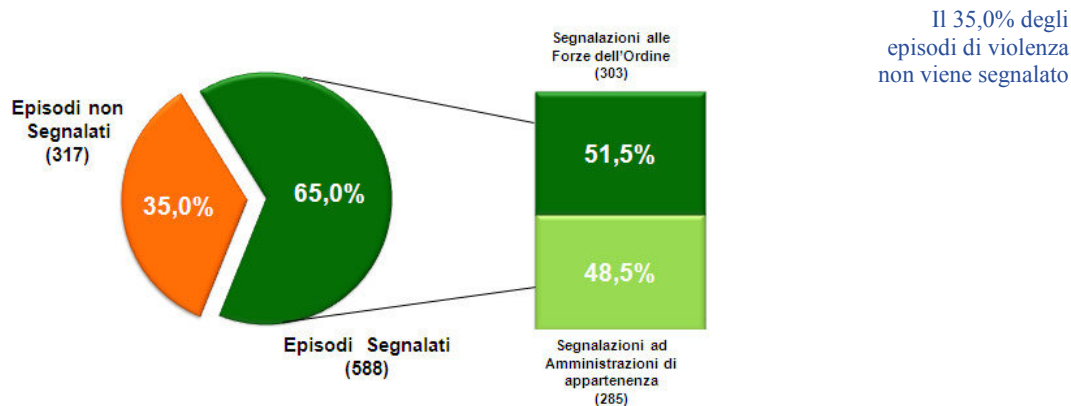
**Figura 3:** Episodi di violenza negli ultimi 12 mesi



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Per quanto concerne le segnalazioni formali effettuate, si evince che il numero di episodi segnalati sono 588 (65%) e per tale quantità, si ha un 51,5% di segnalazioni alle FF.OO. e un 48,5% di segnalazioni fatte all'Amministrazione di appartenenza (Figura 4).

**Figura 4:** Episodi di violenza, numero e tipo di segnalazioni formali corrispondenti.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Le Regioni con più episodi segnalati in corrispondenza dell'indice di violenza sono la Regione Puglia (85 segnalazioni), seguita dalla Regione Calabria (70), dalla Regione Campania (57) e dalla Regione Emilia-Romagna con 57

segnalazioni. (Tabella 4).

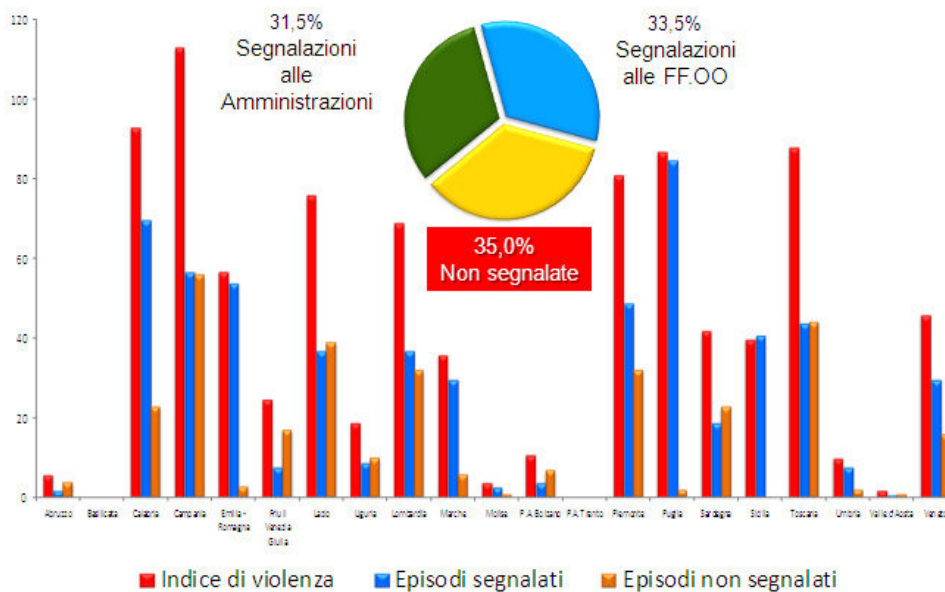
**Tabella 4:** Episodi di violenza, numero di segnalazioni formali ad esso corrispondenti ed episodi non segnalati negli ultimi 12 mesi.

Regione	Numero di segnalazioni alle Amministrazioni di appartenenza	Numero di segnalazioni alle FF. OO.	Totale segnalazioni	Numero di episodi non segnalati
Abruzzo	0	2	2	4
Basilicata	0	0	0	0
Calabria	41	29	70	23
Campania	34	23	57	56
Emilia - Romagna	34	20	54	3
F.V.G	2	6	8	17
Lazio	16	21	37	39
Liguria	3	6	9	10
Lombardia	18	19	37	32
Marche	8	22	30	6
Molise	1	2	3	1
P.A. Bolzano	3	1	4	7
P.A. Trento	0	0	0	0
Piemonte	30	19	49	32
Puglia	31	54	85	2
Sardegna	8	11	19	23
Sicilia	21	20	41	0
Toscana	19	25	44	44
Umbria	6	2	8	2
Valle d'Aosta	0	1	1	1
Veneto	10	20	30	16
<b>Italia</b>	<b>285 (31,5%)</b>	<b>303 (33,5%)</b>	<b>588</b>	<b>318 (35,0%)</b>

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Del contingente, il 35,0% degli episodi di violenza subiti nei Ser.T. non viene segnalato, mentre il 33,5% degli episodi viene segnalato alle FF.OO. e infine, solo il 31,5% degli episodi di violenza viene segnalato alla Amministrazioni di appartenenza (Figura 5).

**Figura 5:** Episodi di violenza e numero di segnalazioni formali ad esso corrispondenti negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Nella scheda ai responsabili dei Servizi è stato chiesto, inoltre, di specificare il numero medio di utenti in terapia farmacologica e il numero di operatori sanitari (full – time e part - time). I risultati, a livello nazionale, mostrano che in media, i servizi hanno 285 operatori full time e part time (con un valore minimo di operatori par a 31 e un valore massimo di operatori 628) e circa 1.647 pazienti (minimo 80 pazienti e massimo 4.137 pazienti). Da tali valori risulta, quindi, che per ogni operatore ci sono in media circa 6 pazienti.

**Tabella 5:** Distribuzione per Regione del numero medio di utenti in terapia farmacologica e del numero di operatori (full - time) negli ultimi 12 mesi.

Regione	Numero di Operatori	Numero di Utenti	Utenti/Operatori
Abruzzo	145	961	6,6
Basilicata	64	317	5,0
Calabria	140	1.150	8,2
Campania	453	4.137	9,1
Emilia – Romagna	499	2.833	5,7
Friuli Venezia Giulia	78	277	3,6
Lazio	518	3.444	6,6
Liguria	246	669	2,7
Lombardia	688	4.009	5,8
Marche	146	1.589	10,9
Molise	37	130	3,5
P.A. Bolzano	66	295	4,5
P.A. Trento	32	845	26,4
Piemonte	725	2.638	3,6
Puglia	440	2.454	5,6
Sardegna	194	877	4,5
Sicilia	370	1.430	3,9

In media ci sono 6 utenti per ogni operatore

P.A. Trento 26 utenti per ogni operatore, Marche 11 utenti, Umbria e Campania 9 utenti

continua

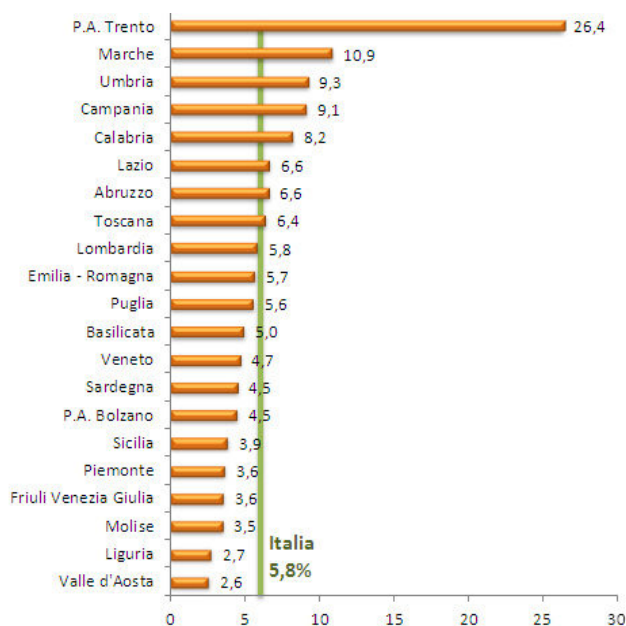
continua

Regione	Numero di Operatori	Numero di Utenti	Utenti/Operatori
Toscana	464	2.970	6,4
Umbria	89	825	9,3
Valle d'Aosta	31	80	2,6
Veneto	562	2.647	4,7
<b>Totale</b>	<b>5.987</b>	<b>34.575</b>	<b>5,8</b>
<b>Medie</b>	<b>285</b>	<b>1.647</b>	<b>6,0</b>

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

A livello regionale, il numero medio di utenti più alto per ogni operatore, si ha in corrispondenza della Provincia Autonoma di Trento (circa 26 utenti), seguita dalle Marche (circa 11 utenti) e dalle Regioni Umbria e Campania (circa 9 utenti). Per contro, le Regioni con meno utenti per operatore sono la Valle D'Aosta e la Liguria (circa 3 utenti), il Molise e il Friuli Venezia Giulia (circa 4 utenti).

**Figura 6:** Distribuzione per Regione del numero medio di utenti in terapia farmacologica sul numero di operatori (full - time) negli ultimi 12 mesi.

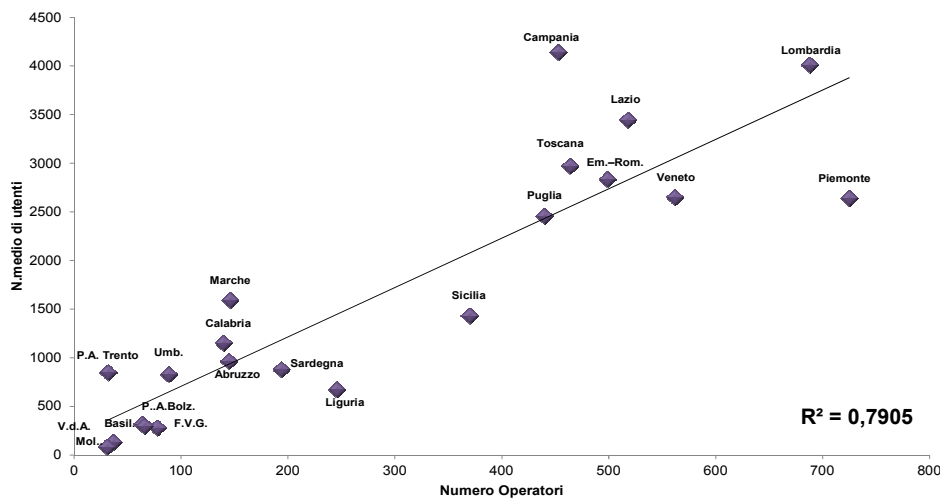


Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Analizzando la correlazione tra il numero di operatori e il numero medio di utenti giornalieri in terapia farmacologica, si osserva che all'aumentare del numero di utenti aumenta il numero di operatori, tale risultato è coerente e conseguente al fatto che se aumenta il numero medio di utenti è necessario impiegare più operatori nella gestione degli stessi trattandosi di soggetti problematici (Figura 8).



**Figura 7:** Analisi del numero di utenti giornalieri in terapia farmacologica e numero di operatori negli ultimi 12 mesi



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

I risultati mostrano, inoltre, che negli ultimi 12 mesi presso i Servizi per le Tossicodipendenze si è assistito a 905 episodi di violenza fisica a danno degli operatori e delle infrastrutture con un indice di aggressività del 2,6% .

Il maggior numero di episodi di violenza è stato registrato per la Regione Campania (113 episodi), per la Calabria con 93 episodi (di cui 80 solo nel Ser.T. di Crotona), per la Toscana con 88 episodi ed infine per la Puglia con 87 episodi.

**Tabella 6:** Distribuzione degli episodi di violenza fisica agli operatori e alle infrastrutture, numero di Utenti ed indice di aggressività negli ultimi 12 mesi.

Regione	Episodi di violenza fisica agli operatori e alle infrastrutture	N. violenze/N.utenti (indice di aggressività)
Abruzzo	6	0,6%
Basilicata	0	0,0%
Calabria	93	8,1%
Campania	113	2,7%
Emilia - Romagna	57	2,0%
Friuli Venezia Giulia	25	9,0%
Lazio	76	2,2%
Liguria	19	2,8%
Lombardia	69	1,7%
Marche	36	2,3%
Molise	4	3,1%
P.A. Bolzano	11	3,7%
P.A. Trento	0	0,0%
Piemonte	81	3,1%
Puglia	87	3,5%
Sardegna	42	4,8%
Sicilia	40	2,8%
Toscana	88	3,0%
Umbria	10	1,2%

continua

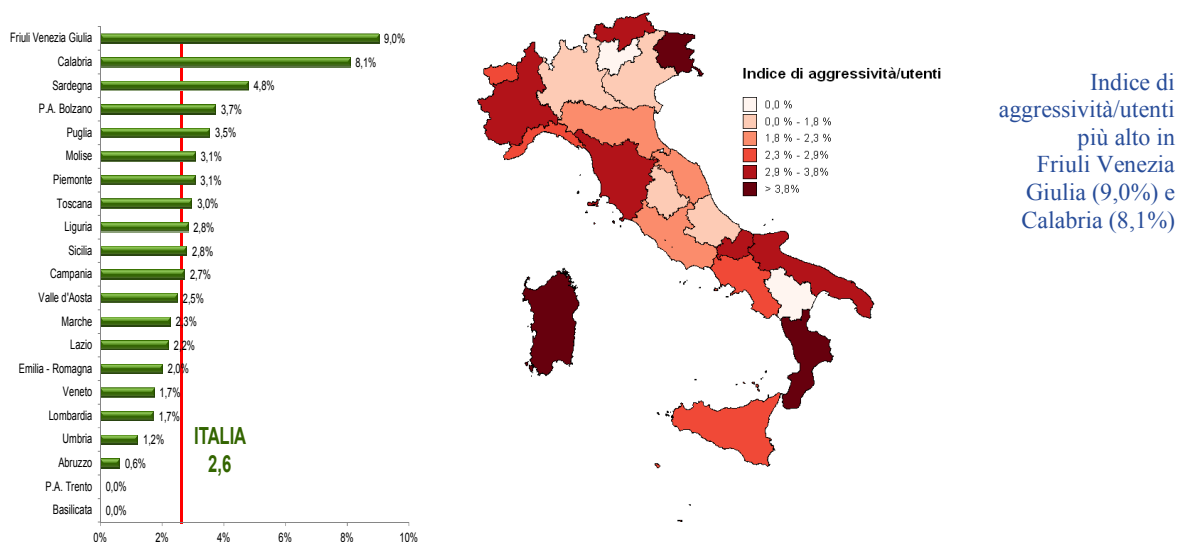
continua

Regione	Episodi di violenza fisica agli operatori e alle infrastrutture	N. violenze/N.utenti (indice di aggressività)
Valle d'Aosta	2	2,5%
Veneto	46	1,7%
<b>Totale</b>	<b>905 (100%)</b>	<b>2,6%</b>
<b>Medie</b>	<b>43</b>	

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Rapportando gli episodi di violenza sul numero di utenti, le Regioni che hanno l'indice di aggressività più alto risultano essere il Friuli Venezia Giulia (9,0%), la Calabria (8,1%) seguite dalla Sardegna (4,8%), dalla Provincia Autonoma di Bolzano (3,7%) e dalla Puglia (3,5%). Per contro le Regioni con più basso indice di aggressività sono la Provincia Autonoma di Trento e la Basilicata (0,0%) e l'Abruzzo (0,6%) (Figura 8).

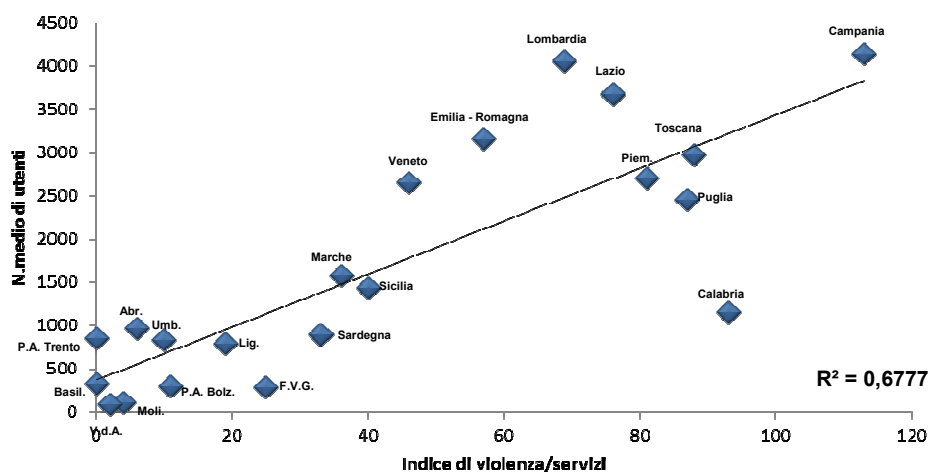
**Figura 8:** Distribuzione dell'indice di aggressività (n. episodi di violenza/n. utenti) per Regione negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Effettuando uno studio sulle correlazioni, tra l'indice di violenza nei servizi e il numero medio di utenti giornalieri in terapia farmacologica negli ultimi 12 mesi, mostra che con l'aumentare del numero medio di utenti aumenta a sua volta anche il numero di episodi di violenza.

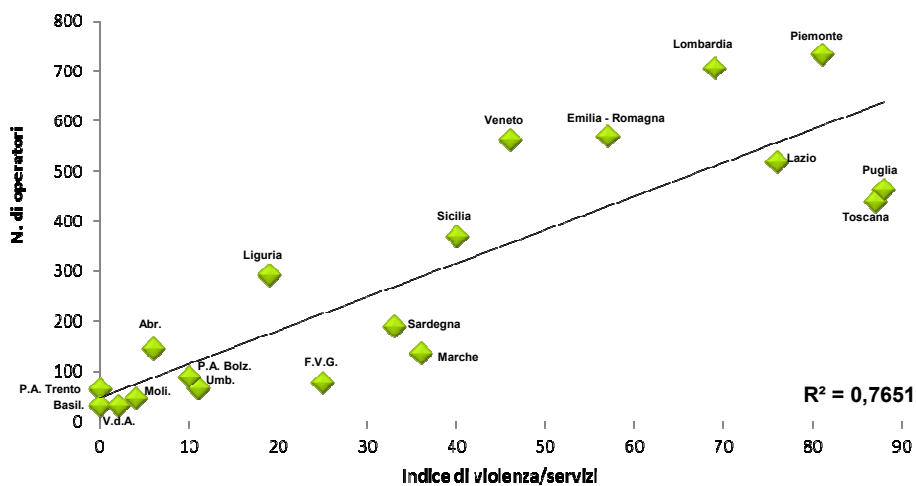
**Figura 9:** Analisi dell'indice di violenza/servizi con il numero medio di utenti giornalieri in terapia farmacologica negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Si evince una correlazione tra l'indice di violenza e il numero di operatori, infatti si osserva che all'aumentare dei valori dell'indice di violenza si registra un numero di operatori più elevato (per migliorare la correlazione sono state tolte regioni "outliers", Calabria e Campania) (Figura 10).

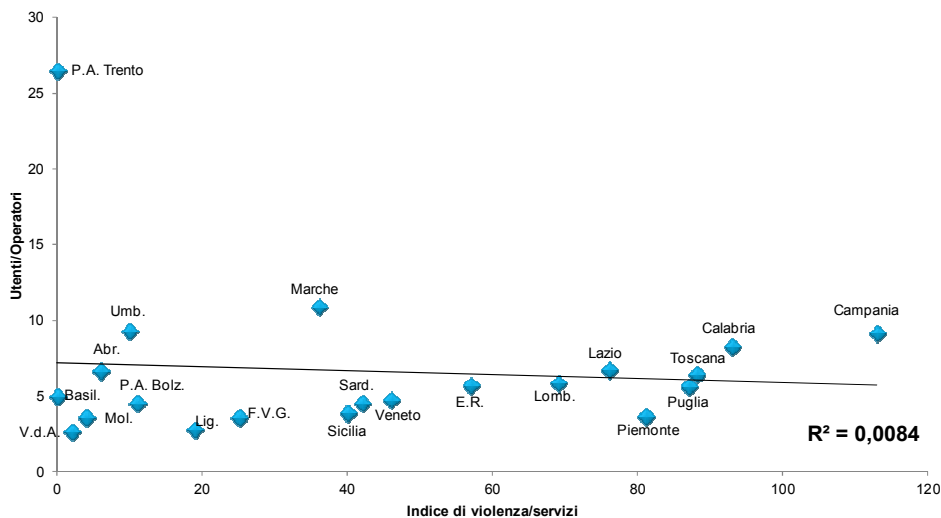
**Figura 10:** Analisi dell'indice di violenza/servizi con il numero di operatori negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Analizzando la correlazione tra l'indice di violenza nei servizi ed il rapporto tra utenti ed operatori è risultato che non esiste alcuna correlazione tra questi l'indice di violenza e il rapporto utenti su operatori.

**Figura 11:** Analisi dell'indice di violenza/servizi con il rapporto utenti/operatori (ultimi 12 mesi).



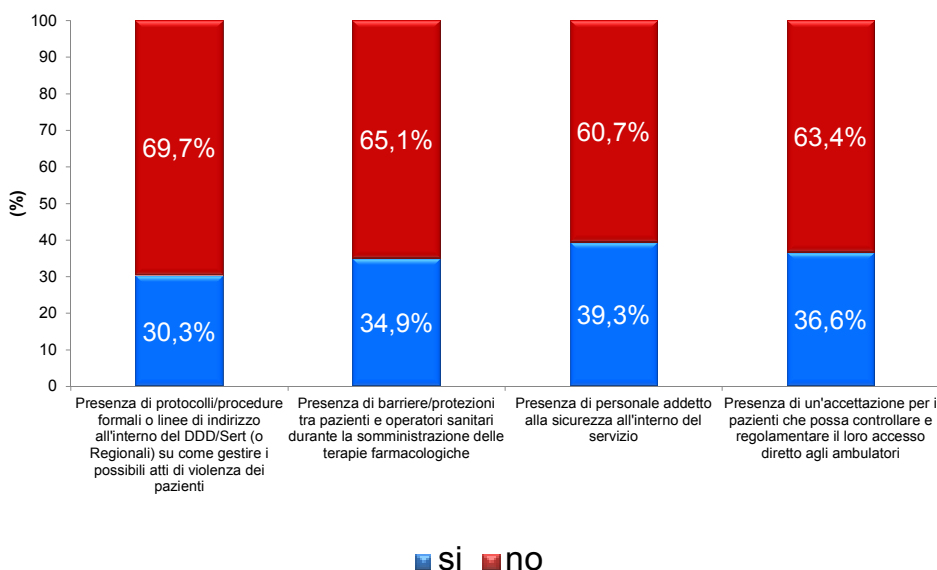
Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

## 2.2 – Misure di sicurezza

Mediante il questionario inviato ai referenti dei Ser.T. sono state chieste informazioni circa le quattro più comuni misure di sicurezza adottate e/o presenti all'interno della struttura. Dalle analisi, purtroppo, emerge che solo il 30,3% dei Servizi ha protocolli/procedure formali o linee di indirizzo, il 34,9% ha barriere/protezioni tra pazienti e operatori sanitari, il 39,3% ha personale addetto alla sicurezza all'interno del servizio ed infine il 36,6% dei servizi ha l'accettazione per i pazienti che possa controllare e regolamentare il loro accesso diretto agli ambulatori (Figura 12).

Bassa presenza delle misure di sicurezza protezione

**Figura 12:** Distribuzione delle singole misure di sicurezza adottate e/o presenti nei Ser.T. negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Per capire meglio il fenomeno della violenza nei Ser.T., le misure di sicurezza adottate e/o presenti nei Ser.T. sono state suddivise in classi di protezioni:

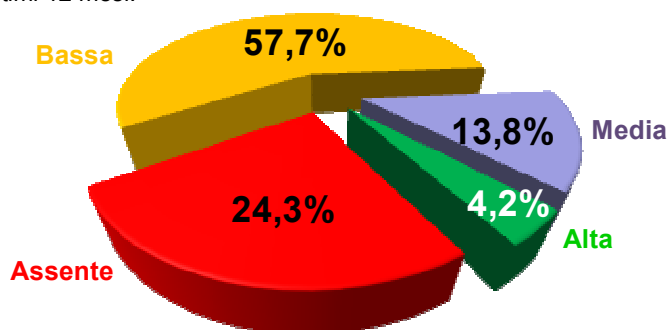
1. **Assente** nessuna misura specifica presente nei servizi;
2. **Bassa**: protocolli/procedure formali o linee di indirizzo e accettazione per i pazienti con controllo dell'accesso diretto agli ambulatori;
3. **Media**: protocolli/procedure formali o linee di indirizzo, accettazione per i pazienti con controllo dell'accesso diretto agli ambulatori e barriere/protezioni tra pazienti e operatori sanitari durante la somministrazione delle terapie farmacologiche;
4. **Alta**: protocolli/procedure formali o linee di indirizzo, accettazione per i pazienti con controllo dell'accesso diretto agli ambulatori, barriere/protezioni tra pazienti e operatori sanitari durante la somministrazione delle terapie farmacologiche e personale addetto alla sicurezza all'interno del servizio e all'accettazione dei pazienti.

4 classi di protezione: assente, bassa, media e alta

I risultati mostrano che dei 478 Ser.T., il 24,3% di essi non possiede alcune misure di sicurezza (116), il 57,7% si trova in corrispondenza della classe bassa (276), il 13,8% nella classe media (66) ed il 4,2% in quella alta (20).

Oltre l'80% dei Ser.T. non ha misure di sicurezza

**Figura 13:** Classificazione in base alle varie Misure di sicurezza e protezione adottate nei Ser.T. negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

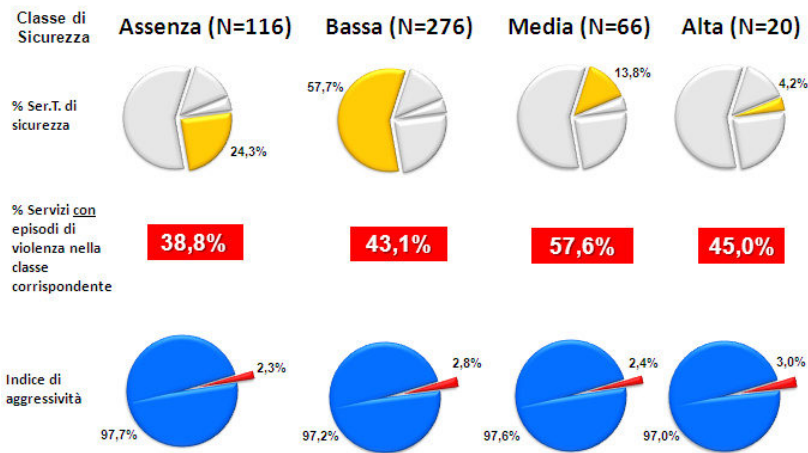
Dallo studio delle misure di sicurezza adottate e/o presenti nei Servizi per le Tossicodipendenze, si osserva che i servizi che riportano percentuali di episodi di violenza più elevate, appartengono alla classi di protezione «Media» e «Alta»

Più alte misure in Ser.T. con pregressi episodi di violenza e utenza più aggressiva

1. Tra i 66 Ser.T. appartenenti alla classe di protezione «Media», il 57,6% dichiara di aver avuto episodi di violenza (danni alle infrastrutture o danni alla persona od entrambi) con un indice di aggressività pari al 2,4%;
2. La classe di protezione «Alta», rappresentata da 20 Ser.T., evidenzia un 45,0% di episodi di violenza, con un indice di aggressività pari al 3,0%;
3. Dei 276 Ser.T. appartenenti alla classe di protezione «Bassa», il 43,1% ha asserito di aver avuto episodi di violenza.

Infine, dei 116 Ser.T. che hanno «Assenza» di misure di sicurezza, il 38,8% ha dichiarato di aver avuto episodi violenti (Figura 14).

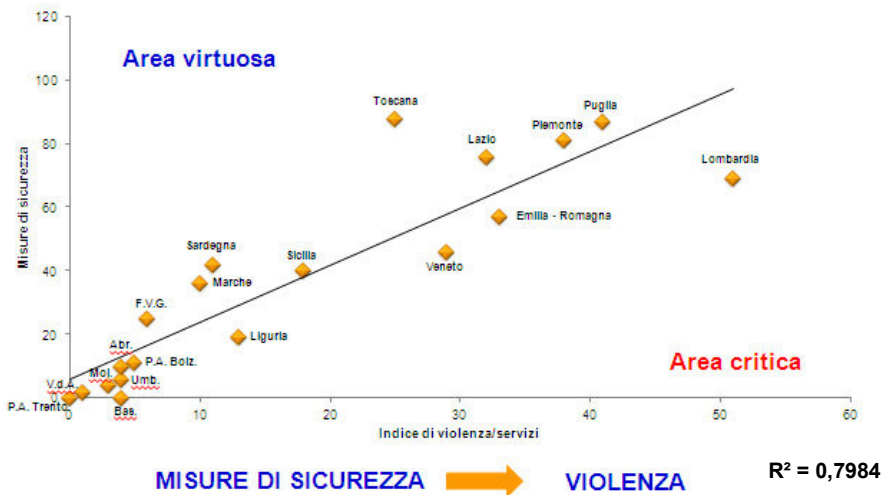
**Figura 14:** Misure di sicurezza e protezione adottate e/o presenti nei Ser.T. per classi negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Questi risultati potrebbero essere indicativi del fatto che i Ser.T. adottano misure di sicurezza non a scopo preventivo, ma come reazione ad episodi e quindi in difesa ed in seguito a danni subiti alla persona o alle infrastrutture (Figura 16). Anche in questo caso, per migliorare la correlazione sono state tolte le regioni “outliers” Calabria e Campania).

**Figura 15:** Analisi dell'indice di violenza/servizi e misure di sicurezza (ultimi 12 mesi).

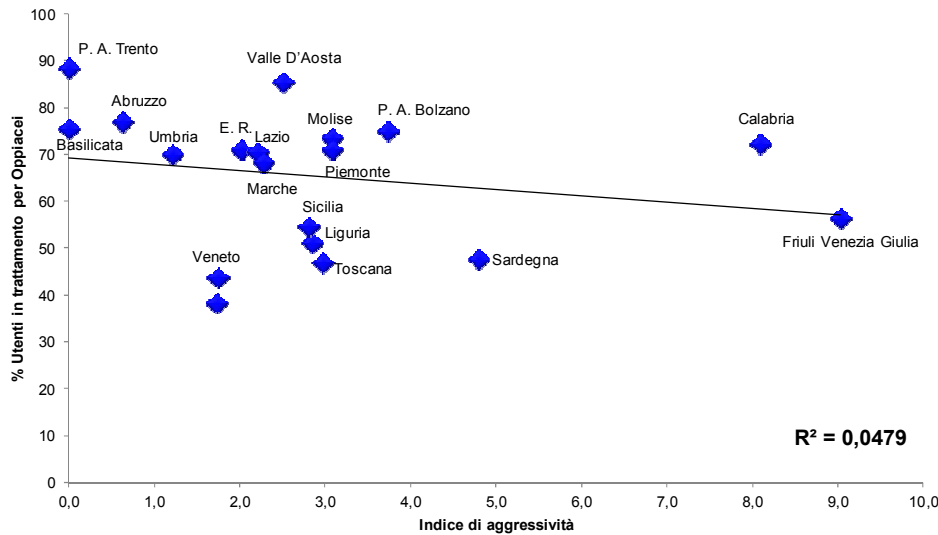


Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Analizzando la correlazione tra la percentuale del numero di soggetti in trattamento per sostanza primaria presso i Ser.T. e l'indice di aggressività, è risultato che non esiste alcuna correlazione tra l'indice di aggressività e la percentuale di soggetti in trattamento per uso dei vari tipi di sostanze illecite. In particolare non si è trovata conferma dell'ipotesi che si potesse avere un aumento dell'aggressività (e quindi degli episodi di violenza) in relazione all'aumento della % degli utenti con uso di sostanze eccitanti (cocaina, amfetamine, ecc...).

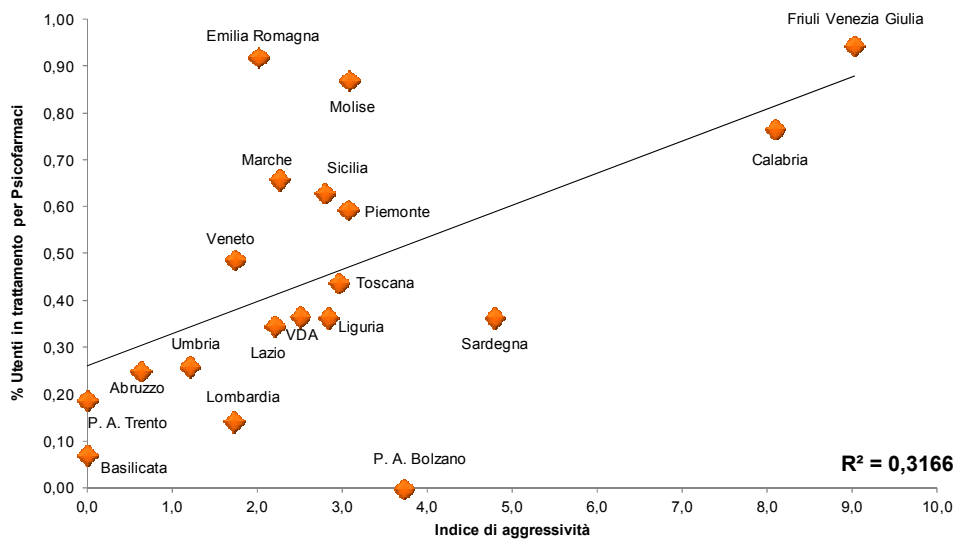
Non correlazione dell'indice di Aggressività e sostanze primarie utilizzate

**Figura 16:** Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Oppiacei**.



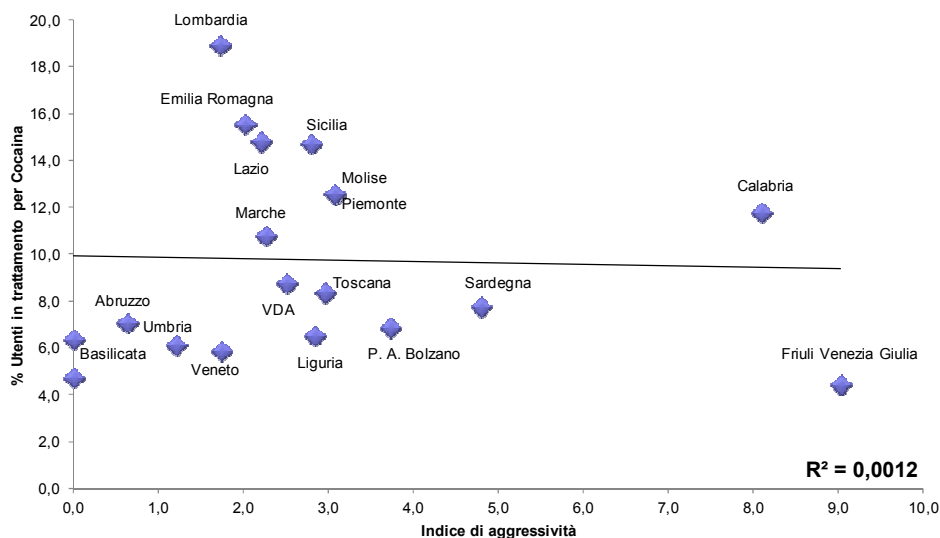
Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

**Figura 17:** Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Psicofarmaci**.



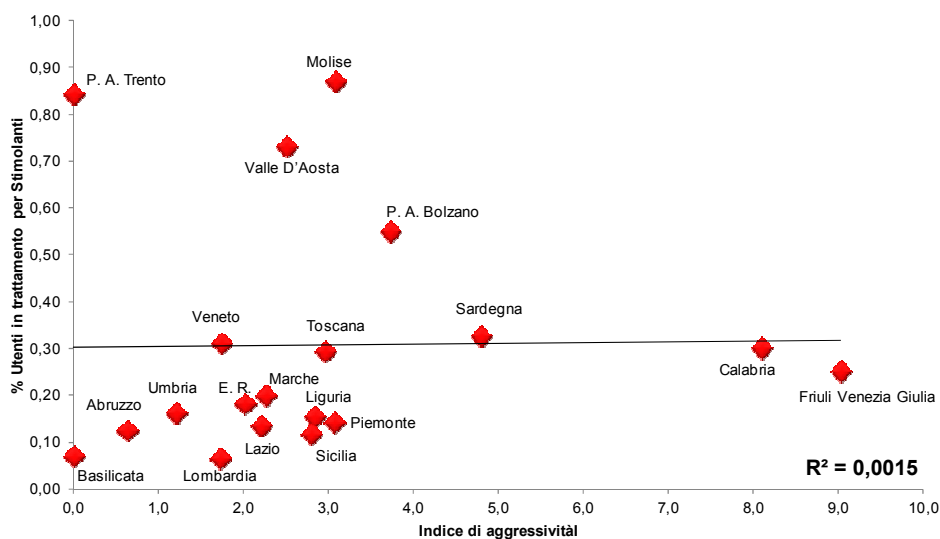
Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

**Figura 18:** Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Cocaina.**



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

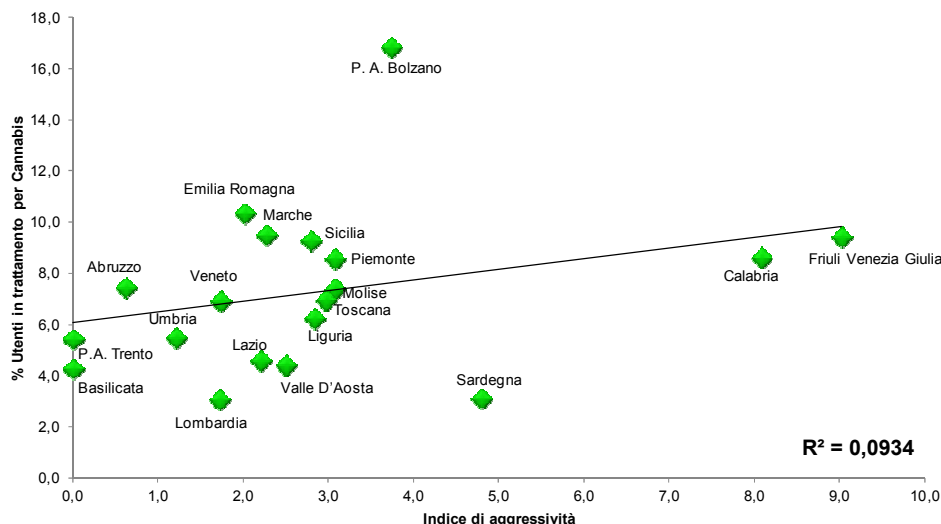
**Figura 19:** Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Stimolanti.**



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

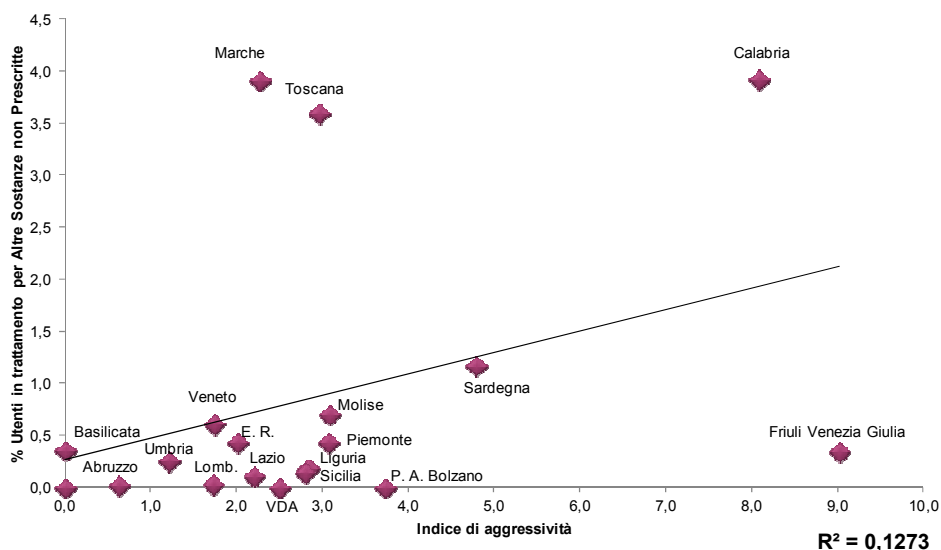


**Figura 20:** Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Cannabis**.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

**Figura 21:** Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Altre Sostanze non Prescritte**.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

### 2.3 Conclusioni

Prima di tutto vogliamo ringraziare gli operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze per la grande partecipazione dimostrata da questa indagine.

Il problema della sicurezza e protezione degli operatori dei Ser.T. è risultato rilevante e da affrontare tempestivamente. Il quadro rilevato, infatti, mostra una situazione preoccupante con l'82% dei servizi che hanno misure di protezione totalmente assenti o basse. Questa osservazione acquista ulteriore peso se valutata anche alla luce del dato di "evenienza di violenza" ad operatori o strutture che è

risultato nel suo complesso del 44% dei Ser.T. . E' chiaro che si impone una rivalutazione degli assetti di sicurezza da attivare e mantenere all'interno dei Ser.T. per evitare e prevenire quanto più possibile non solo episodi estremi di violenza fisica o psicologica ma, anche il distress professionale derivante dal lavorare costantemente in una condizione percepita come a bassa protezione.

Le difficili condizioni di malattia e sociali dei pazienti tossicodipendenti li espongono spesso a deficit del controllo comportamentale e a disturbi psichiatrici con slatentizzazione di aggressività che non possono essere sottovalutati né possono essere fonte di discriminazione nei loro confronti. Al contrario tali condizioni devono essere correttamente gestite con misure preventive, sia ambientali che procedurali e relazionali che non possono essere disattese.

Servono specifici programmi Regionali di prevenzione del rischio professionale specifico per i Dipartimenti delle Dipendenze. Questi programmi dovrebbero far parte delle dotazioni e dei criteri di qualità necessari per raggiungere gli standard minimi di sicurezza che consentono di accreditare le varie strutture socio – sanitarie presenti nei Dipartimenti delle Dipendenze come idonee all'ordinario funzionamento in condizioni di sicurezza sia per i pazienti sia per gli operatori.

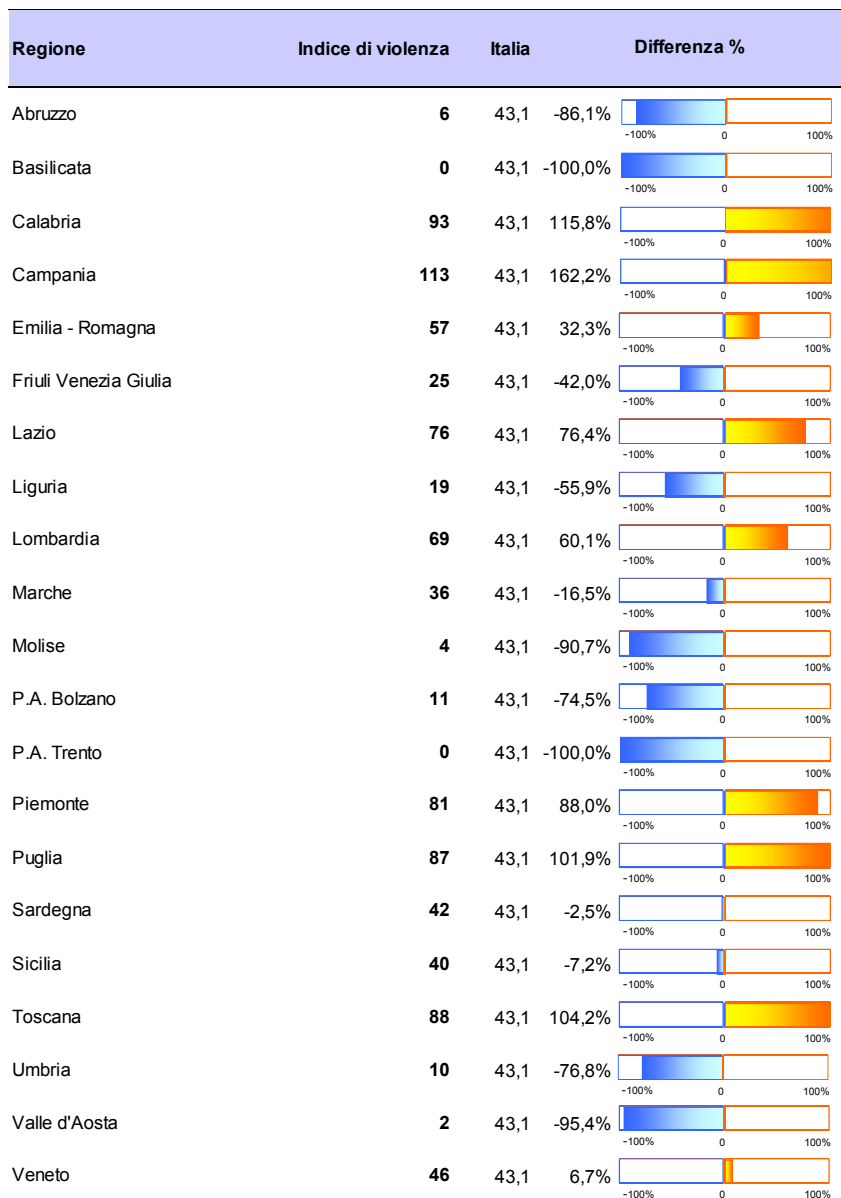
Si impone, quindi, la convenienza di uno sforzo comune tra gli amministratori centrali e le Regioni e Province Autonome al fine di arrivare a definire le Linee di Indirizzo Nazionali condivise e sostenibili.

Il Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema dell'Ufficio III, nel novembre 2007 ha pubblicato la Raccomandazione n. 8 "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari". Con tale documento "si intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative". Obiettivo principale della raccomandazione è proprio "Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono".

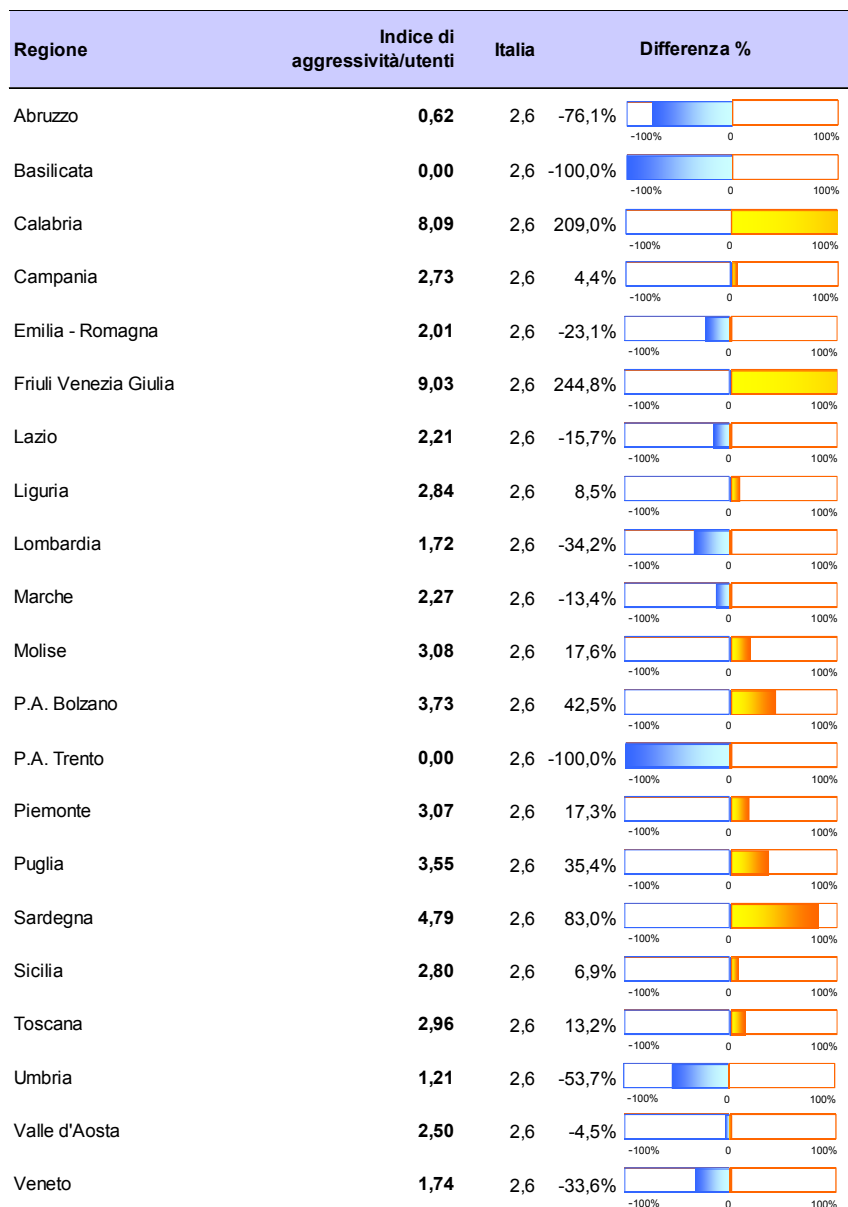
Per sostenere questa necessità di cambiamento virtuoso e alla luce di quanto risultato dall'indagine qui presentata e della necessità di prevenire atti di violenza contro gli operatori sanitari (già sottolineata dalla Raccomandazione n°8 del Ministero della Salute), il Dipartimento Politiche Antidroga ha messo in programma uno specifico progetto nazionale da poter attuare nel 2014 in stretta collaborazione con tutte le Regioni e Province Autonome che vorranno partecipare, al fine di far aumentare preventivamente i livelli di sicurezza e protezione per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze e dei loro pazienti.

## 2.4 Delta System

**Figura 22:** Scostamento dell'indice di violenza per Regione negli ultimi 12 mesi e confronto con il dato Nazionale.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

**Figura 23:** Indice di aggressività (n. episodi di violenza/n. di utenti) per Regione negli ultimi 12 mesi.

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

## Allegato - Scheda raccolta dati

Figura 24: Scheda raccolta dati rivolta ai referenti dei Servizi per le Tossicodipendenze



### Indagine conoscitiva sulla sicurezza e protezione degli operatori e dei pazienti nei Dipartimenti delle Dipendenze

Regione/Provincia autonoma .....

ASL .....

Sert di .....

Indirizzo: .....

Responsabile del Sert .....

Telefono (fisso e mobile): .....

Email: .....

Si prega di inviare la scheda seguente debitamente compilata via fax al numero 06/6779.6843 oppure via e-mail all'indirizzo di posta elettronica [dipartimentoantidroga@governo.it](mailto:dipartimentoantidroga@governo.it) entro venerdì 20 settembre p.v.

	Numero
1 N. eventuali episodi di violenza fisica diretti agli operatori sanitari negli ultimi 12 mesi	
2 N. atti di violenza e danni diretti alle infrastrutture negli ultimi 12 mesi	
3 N. segnalazioni formali fatte per episodi soprariportati negli ultimi 12 mesi a:	
• Amministrazione di appartenenza	
• Forze dell'Ordine	
4 N. di interventi delle Forze dell'Ordine su chiamata negli ultimi 12 mesi	
5 N. operatori coinvolti che hanno riportato lesioni con successive dichiarazioni di infortunio negli ultimi 12 mesi	
6 N. medio di utenti giornalieri in terapia farmacologica	



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
Dipartimento Politiche Antidroga

7 N. operatori (full-time e part-time) che lavorano presso l'unità operativa negli ultimi 12 mesi

8 Misure di sicurezza adottate e/o presenti:

- Esistono protocolli / procedure formali o linee di indirizzo all'interno del Dipartimento delle Dipendenze/Sert (o Regionali) su come gestire i possibili atti di violenza dei pazienti? NO   
SI

- Esistono barriere / protezioni tra pazienti e operatori sanitari durante la somministrazione delle terapie farmacologiche? NO   
SI

- Esiste personale addetto alla sicurezza all'interno del servizio? NO   
SI

- Esiste una accettazione per i pazienti che possa controllare e regolamentare il loro accesso diretto agli ambulatori? NO   
SI

- Altre misure eventualmente adottate NO

Specificare: SI

Note aggiuntive e commenti:

Grazie della gentile collaborazione.

## ALLEGATI

### 1. Aspetti metodologici dello studio GPS-DPA

I criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e della realizzazione dello studio di popolazione generale sono stati ampiamente descritti nel documento "REPORT GPS-ITA 2012 - Indagine sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione italiana 18-64 anni", pubblicato dal Dipartimento Politiche Antidroga.

Lo studio è stato condotto nel primo semestre 2012 mediante invio del questionario postale a 60.000 cittadini italiani. In totale i questionari compilati pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontavano a 19.294, con una percentuale di adesione allo studio pari al 33,4%, di cui 396 inutilizzabili ai fini delle elaborazioni.

Alta percentuale di adesione al questionario postale

**Tabella 1:** Distribuzione della percentuale di adesione all'indagine di popolazione generale 18-64 anni per ripartizione geografica. Anno 2012

Area geografica	Questionari spediti	Questionari non recapitati	Questionari considerati per analisi	% di adesione allo studio
Italia nord-occidentale	16.961	648	5.892	36,1
Italia nord-orientale	9.363	244	3.634	39,9
Italia centrale	16.807	560	5.362	33,0
Italia meridionale	9.718	543	2.439	26,6
Italia insulare	7.153	262	1.571	22,8
<b>Totale</b>	<b>60.002</b>	<b>2.257</b>	<b>18.898</b>	<b>32,7</b>

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

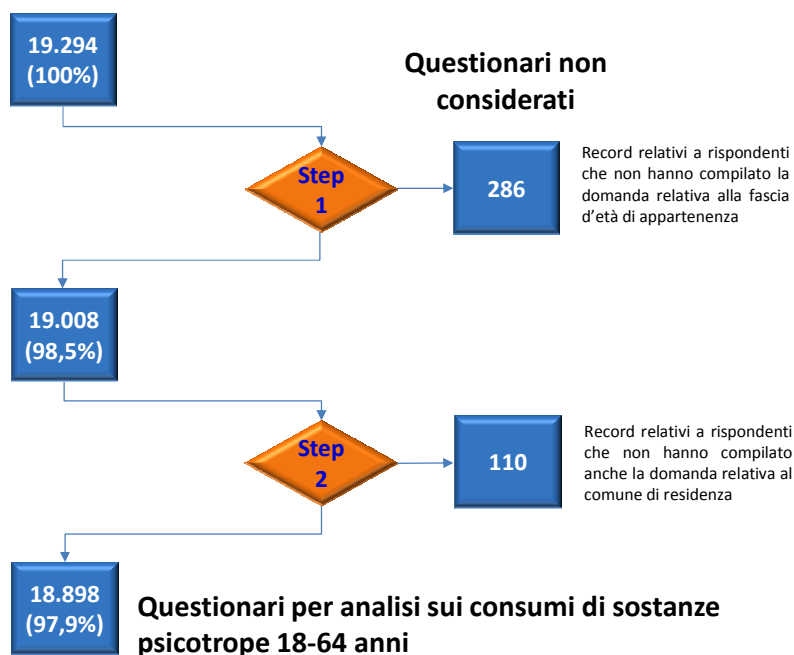
Osservando le percentuali di adesione allo studio nelle varie aree geografiche, si osserva che i soggetti residenti al nord-est hanno un tasso di risposta maggiore (39,9%), mentre i rispondenti del sud Italia e delle isole hanno la percentuale di adesione minore (rispettivamente 26,6% e 22,8%).

Tasso di risposta maggiore per il nord-est

L'analisi della qualità delle informazioni è stata effettuata applicando alcuni criteri per l'esclusione dei questionari "non utilizzabili" nelle successive elaborazioni dei dati. Nello schema riportato di seguito (Figura 1) sono indicate le fasi di esclusione dei questionari ed il relativo numero di questionari esclusi.

I 396 questionari eliminati dalle analisi successive sono stati ritenuti "non utilizzabili" in quanto assente l'informazione sull'età del rispondente e sul comune di residenza, elementi indispensabili per il calcolo dei pesi campionari da utilizzare per la stima delle prevalenze di consumo nell'intera popolazione di riferimento.

Un ulteriore controllo di qualità è stato effettuato sui 18.898 questionari da elaborare, al fine di verificare e correggere eventuali inconsistenze interne dovute ad errori di compilazione da parte dei rispondenti.

**Figura 83:** Procedura di controllo qualità dei dati. Anno 2012**Questionari compilati**

Qualità dei dati:  
97,9% di  
questionari validi  
per le elaborazioni

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dal punto di vista metodologico va evidenziato che la particolarità del fenomeno oggetto di studio ed il metodo di rilevazione adottato, pur fornendo una maggiore affidabilità delle informazioni rilevate, influiscono sul livello di rispondenza, portando quindi ad una distorsione dell'informazione rilevata.

L'esperienza di tutta l'epidemiologia, inoltre, è che fra i rispondenti e i non rispondenti vi sia una forte differenza nella variabile oggetto di studio, che nel caso di quest'indagine si traduce nel fatto che la popolazione non rispondente potrebbe usare sostanze stupefacenti molto di più (in questo caso i dati stimati sottostimerebbero il fenomeno), oppure molto di meno (in questo caso si avrebbe una sovrastima del fenomeno). L'ipotesi più probabile e attendibile per l'indagine GPS-DPA è la prima, i profili e gli andamenti stimati da queste indagini andranno quindi confrontati ed analizzati nella loro coerenza generale con tutti gli altri provenienti da fonti diverse e rappresentativi di altri aspetti del fenomeno.

## 2. Aspetti metodologici dello studio SPS-DPA

In questo paragrafo vengono riportati i criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e realizzazione dello studio e sul livello di adesione dello studio

### Disegno di campionamento

La selezione del campione di popolazione è stata effettuata mediante un modello di campionamento a due stadi, in cui le unità di primo stadio sono rappresentate dalle scuole secondarie di secondo grado e le unità di secondo stadio sono rappresentate dalle classi di un intero percorso scolastico. Le unità statistiche dello studio sono rappresentate da tutti gli studenti frequentanti ogni classe campionata, selezionati mediante uno schema a grappolo, dove il grappolo è rappresentato dalla classe di appartenenza. Le distribuzioni degli istituti scolastici per regione e del campione di scuole incluse nello studio sono rappresentate nelle Tabelle 2 e 3.

Tecniche di  
campionamento  
idonee a garantire  
l'affidabilità dei dati



Tale procedura consente da un lato, di ottenere una struttura del campione che riproduce fedelmente quella della popolazione studentesca, e dall'altro di migliorare sensibilmente l'efficienza del campionamento.

**Tabella 2:** Distribuzione della popolazione di riferimento di primo stadio e delle unità di campionamento di primo stadio per regione. Anno 2014

Regione	Totale istituti	Campione di scuole	Questionari compilati e considerati per analisi
Abruzzo	188	16	654
Basilicata	114	13	597
Calabria	321	25	1.238
Campania	927	69	3.546
Emilia Romagna	355	31	1.785
Friuli Venezia Giulia	143	14	733
Lazio	649	52	2.095
Liguria	138	15	691
Lombardia	1.010	83	5.121
Marche	186	16	1.012
Molise	46	10	758
Piemonte/ Valle D'Aosta	432	42	2.100
Puglia	498	43	2.037
Sardegna	228	27	1.104
Sicilia	767	65	2.605
Toscana	377	33	1.331
Trentino Alto Adige	129	14	619
Umbria	103	12	781
Veneto	476	39	2.854
<b>Totale</b>	<b>7.087</b>	<b>619</b>	<b>31.661</b>

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

**Tabella 3:** Distribuzione delle unità di primo stadio per regione e tipo di istituto scolastico. Anno 2014

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	5	5	3	3	16
Basilicata	4	3	4	2	13
Calabria	8	8	6	3	25
Campania	26	25	12	6	69
Emilia Romagna	10	10	8	3	31
Friuli Venezia Giulia	4	5	3	2	14
Lazio	21	17	8	6	52
Liguria	6	4	3	2	15
Lombardia	33	24	14	12	83
Marche	5	5	4	2	16
Molise	3	2	2	3	10
Piemonte/ Valle D'Aosta	15	13	9	5	42
Puglia	13	15	10	5	43
Sardegna	10	8	6	3	27
Sicilia	23	22	13	7	65
Toscana	12	10	7	4	33
Trentino Alto Adige	4	5	2	3	14
Umbria	4	3	3	2	12
Veneto	14	12	8	5	39
<b>Totale</b>	<b>220</b>	<b>196</b>	<b>125</b>	<b>78</b>	<b>619</b>

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le variabili considerate per la stratificazione delle unità di primo stadio (regione e tipo di istituto scolastico) sono ritenute particolarmente significative ai fini della rappresentatività dell'intera popolazione in relazione al fenomeno da indagare.

La scelta di stratificare per regione e tipo di istituto (liceo o istituto ex-magistrale, istituto tecnico, istituto professionale e istituto o liceo artistico) risponde all'esigenza di utilizzare un campione rappresentativo della popolazione scolastica per area territoriale, nell'ipotesi che le caratteristiche morfologiche delle diverse zone e le diverse tipologie di percorso scolastico, possano influire sulla prevalenza del consumo di sostanze.

### *Strumento di indagine*

Nel 2014, come per gli anni precedenti, lo strumento utilizzato per la conduzione dell'indagine di popolazione studentesca SPS-DPA è stato predisposto seguendo il protocollo europeo ESPAD-2011, per garantire la confrontabilità dei risultati con gli Stati membri dell'EU, integrato ed in parte modificato al fine di meglio adattare lo strumento alla realtà italiana.

Uso di protocolli europei

Il questionario on-line è stato reso disponibile agli studenti selezionati per lo studio al link <http://\esp.ad.drugfreed.u.org>; è stato adottato il metodo C.A.S.I. (Computer-Aided Self-Completed Interview) che ha consentito la compilazione del questionario on-line attraverso l'accesso con identificativo individuale anonimo e non replicabile.

Innovazione telematica

A ciascun istituto scolastico sono state fornite le credenziali di accesso, scaricabili dall'area riservata del portale di amministrazione. A conclusione della compilazione del questionario, le credenziali venivano alienate automaticamente dal sistema.

I vantaggi derivanti dall'utilizzo di strumenti on-line per la conduzione di indagini nelle scuole sono molteplici e possono essere sintetizzati in:

Vantaggi delle indagini on-line

1. rapidità nell'organizzazione e nella conduzione dell'indagine, venendo meno la maggior parte di problemi pratici imputabili ad una rilevazione cartacea;
2. maggiore riservatezza per il rispondente in fase di compilazione del questionario;
3. monitoraggio in tempo reale dell'andamento della rilevazione, con la possibilità immediata di sostituzione degli istituti scolastici non aderenti allo studio;
4. eliminazione degli errori di data entry insiti nelle rilevazioni effettuate mediante somministrazione di questionari cartacei;
5. limitazione di eventuali errori di distrazione in fase di compilazione del questionario on-line, in virtù dell'implementazione di sistemi di controllo di coerenza delle risposte fornite;
6. disponibilità immediata del database per l'elaborazione dei dati, quindi riduzione dei tempi di analisi dei dati e stesura della reportistica.

L'attuale questionario prevede 393 domande complessive, articolate in 11 sezioni, che possono ridursi a 217 in caso di non consumo di alcuna sostanza: nella struttura del questionario on line sono stati inseriti ulteriori funzioni di filtro utili ai fini della congruenza interna delle risposte date dagli studenti che compilano il questionario.

### *Realizzazione dello studio*

Lo studio è stato condotto nel secondo quadrimestre dell'anno scolastico 2013-2014, dalla seconda metà di febbraio alla fine dell'anno scolastico.

Il contingente di scuole da contattare per lo studio, sulla base del piano d'indagine, era costituito da oltre 600 istituti scolastici. Ipotizzando una percentuale di non adesione del 30%, in fase di selezione del campione di scuole da coinvolgere nello studio è stato predisposto un campione di riserva costituito circa da trecento scuole.

Le scuole aderenti all'iniziativa, che avevano concluso la fase di rilevazione del questionario on-line, ammontavano a 438, pari al 70,8% del campione di scuole pianificato, oscillando tra l'83,6% di adesione nell'Italia nord-orientale al 61,9% dell'Italia centrale. Per quanto riguarda l'adesione per tipo di istituto, si osserva una percentuale più elevata nell'adesione degli istituti tecnici (74,5%) e dei licei ed ex-magistrali (72,7%); inferiore, invece, risulta la partecipazione degli istituti tecnici e dei licei artistici, pari rispettivamente al 68,8% e al 59,0%.

Per ciascun istituto scolastico era previsto il coinvolgimento di un intero percorso scolastico, dalla prima alla quinta classe, pari a complessivi 100 studenti circa per istituto. Secondo i dati, la percentuale di studenti che hanno aderito allo studio è di circa il 72%; tale valore preliminare, tuttavia, risente dell'effetto dell'assenza in alcuni istituti, in particolar modo in quelli paritari, di percorsi completi (dal primo all'ultimo anno), incidendo per difetto sulla percentuale complessiva di adesione degli studenti.

70,8% di adesione:  
dall'83,6% de nord  
orientale al 61,9%  
del centro

**Tabella 4:** Distribuzione percentuale di adesione delle scuole sul totale scuole previste, per area geografica e tipo di istituto. Anno 2014

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	81,5	87,8	65,4	52,6	76,4
Italia nord-orientale	87,5	87,5	81,0	69,2	83,7
Italia centrale	50,0	80,0	59,1	57,1	61,9
Italia meridionale/insulare	72,8	61,4	69,6	59,4	66,8
<b>Totale</b>	<b>72,7</b>	<b>74,5</b>	<b>68,8</b>	<b>59,0</b>	<b>70,8</b>

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

**Tabella 5:** Distribuzione percentuale di adesione delle scuole sul totale scuole previste, per regione e tipo di istituto. Anno 2014

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	60,0	60,0	100,0	-	56,3
Basilicata	75,0	66,7	100,0	50,0	76,9
Calabria	62,5	100,0	50,0	33,3	68,0
Campania	73,1	60,0	75,0	100,0	71,0
Emilia Romagna	80,0	100,0	100,0	33,3	87,1
Friuli Venezia Giulia	100,0	60,0	33,3	50,0	64,3
Lazio	33,3	94,1	62,5	50,0	59,6
Liguria	100,0	75,0	33,3	50,0	73,3
Lombardia	84,8	83,3	71,4	58,3	78,3
Marche	100,0	80,0	50,0	50,0	75,0
Molise	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Piemonte/ Valle D'Aosta	66,7	100,0	66,7	40,0	73,8
Puglia	76,9	46,7	80,0	100,0	69,8
Sardegna	70,0	75,0	50,0	-	59,3
Sicilia	73,9	50,0	53,8	42,9	58,5
Toscana	41,7	70,0	42,9	50,0	51,5
Trentino Alto Adige	75,0	100,0	-	66,7	71,4
Umbria	100,0	33,3	100,0	100,0	83,3
Veneto	92,9	83,3	100,0	100,0	92,3
<b>Totale</b>	<b>72,7</b>	<b>74,5</b>	<b>68,8</b>	<b>59,0</b>	<b>70,8</b>

Adesione per tipo di istituto:  
74,5% istituti tecnici  
72,7% licei ed ex-magistrali  
68,8% istituti professionali  
59,0% istituti e licei artistici

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Percentuali minime di adesione sono state riscontrate nel Lazio e in Toscana, per quanto riguarda i licei e gli ex istituti magistrali, in Umbria e Puglia per gli istituti tecnici, nel Trentino Alto Adige, Liguria e Friuli Venezia Giulia per gli istituti professionali ed in Abruzzo, Sardegna, Calabria, Emilia Romagna, Piemonte/Valle d'Aosta e Sicilia per gli istituti ed i licei artistici.

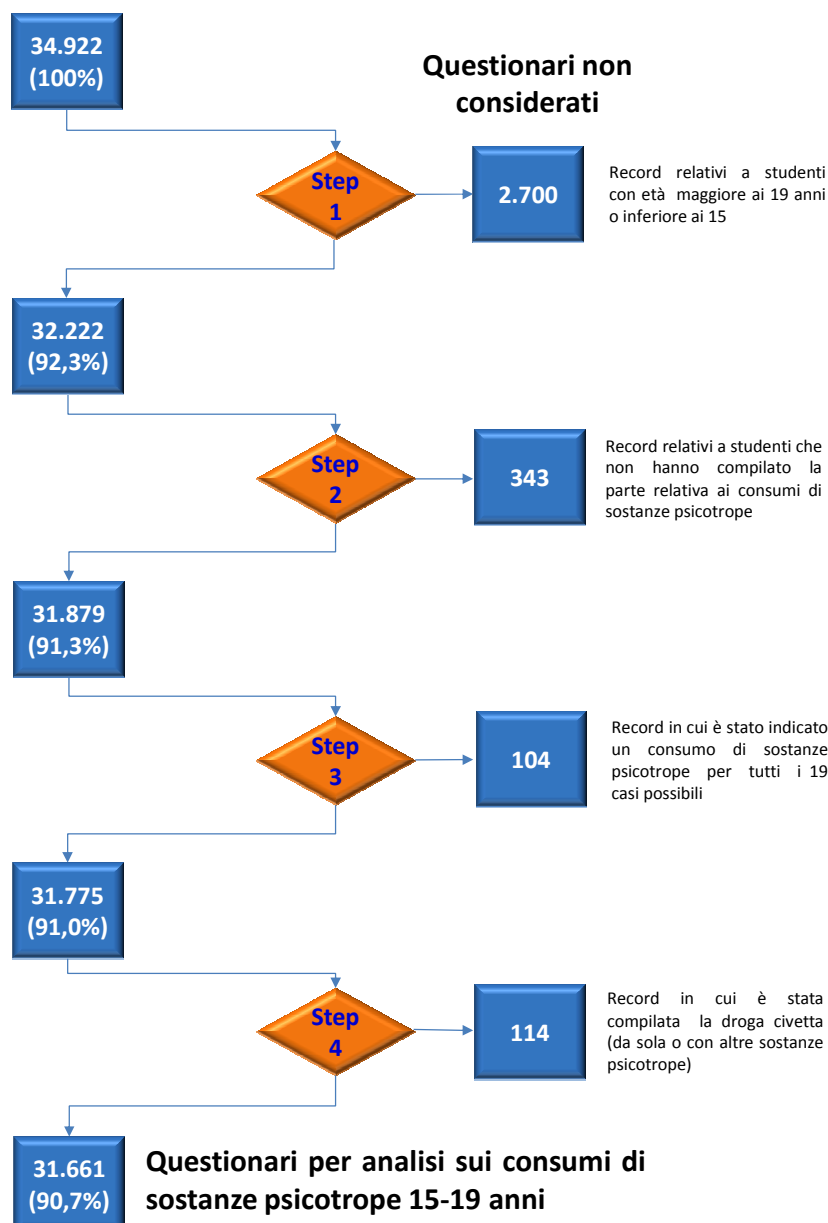
Per contro percentuali di partecipazione più elevate (oltre il 70,0%) si osservano in 13 regioni per i licei e gli ex istituti magistrali, in 11 regioni per gli istituti professionali, in 9 regioni per gli istituti tecnici ed, infine, in 5 regioni per gli istituti artistici.

L'analisi della qualità delle informazioni riferite dagli studenti partecipanti all'indagine è stata effettuata applicando alcuni criteri per l'esclusione dalle successive elaborazioni dei dati, dei questionari "non affidabili" o relativi ad età esterne al target dello studio (15-19 anni). Nello schema di seguito riportato sono indicate le fasi di esclusione dei questionari ed il relativo numero di questionari esclusi dalle successive analisi.

Qualità dei dati:  
90,7% questionari  
validi per l'analisi  
sui consumi di  
sostanze psicotrope

**Figura 2:** Procedura di controllo qualità dei dati. Anno 2014

### Questionari compilati



31.661 questionari  
validi per l'analisi  
sui consumi di  
sostanze psicotrope  
nella popolazione  
scolastica di 15-19  
anni

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nella fase iniziale dell'analisi della qualità del database (step 1) sono stati esclusi i questionari relativi a studenti con età maggiore di 19 anni ed inferiore di 15 anni (2.700 record esclusi dal dataset complessivo poiché fuori dal range dell'età dello studio – 15-19 anni).

---

Nella seconda fase della verifica delle caratteristiche qualitative dell'archivio dei questionari (step 2), sono stati esclusi dal dataset finale i questionari relativi a studenti che non avevano compilato la parte del questionario relativa ai consumi (343 questionari esclusi dalle analisi successive).

Nella terza fase di scrematura (step 3) sono stati individuati ed esclusi i record relativi agli studenti che avevano indicato un consumo per tutte le 19 possibili sostanze relative alla domanda 21 (104 questionari esclusi dal dataset complessivo).

Nel quarto ed ultimo step di pulitura dei dati (step 4), sono stati eliminati i record corrispondenti ai questionari in cui è stata compilata la droga civetta (da sola o con altre sostanze psicotrope) (114 questionari esclusi del dataset complessivo).

Alla fine dell'analisi della qualità dei dati, il numero questionari validi per l'analisi sui consumi di sostanze psicotrope nella popolazione scolastica di 15-19 anni ammonta a 31.661, pari al 90,7% del quantitativo totale di questionari raccolti.