

Tabella I.1.29: Distribuzione della popolazione di riferimento di primo stadio e delle unità di campionamento di primo stadio per regione. Anno 2013 (Situazione al 03 Maggio 2013)

Regione	Totale Istituti	Campione di scuole	Numero di studenti rispondenti
Abruzzo	198	18	1.109
Basilicata	118	12	487
Calabria	328	30	1.805
Campania	979	77	4.087
Emilia Romagna	369	30	1.739
Friuli Venezia Giulia	154	15	509
Lazio	674	53	2.588
Liguria	144	17	959
Lombardia	1.039	80	4.287
Marche	190	16	823
Molise	48	9	580
Piemonte/ Valle D'Aosta	447	41	2.351
Puglia	522	46	3.034
Sardegna	232	19	1.037
Sicilia	790	59	3.266
Toscana	384	32	1.473
Trentino Alto Adige	121	14	521
Umbria	105	13	985
Veneto	480	38	2.745
Totale	7.322	619	34.385

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.30: Distribuzione delle unità di primo stadio per regione e tipo di istituto scolastico. Anno 2013 (Situazione al 03 Maggio 2013)

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	6	4	4	4	18
Basilicata	5	2	4	1	12
Calabria	8	11	8	3	30
Campania	28	28	16	5	77
Emilia Romagna	10	10	8	2	30
Friuli Venezia Giulia	4	4	4	3	15
Lazio	22	17	8	6	53
Liguria	5	4	5	3	17
Lombardia	32	27	15	6	80
Marche	6	5	4	1	16
Molise	3	1	3	2	9
Piemonte/ Valle D'Aosta	14	13	8	6	41
Puglia	14	16	11	5	46
Sardegna	7	6	4	2	19
Sicilia	22	19	12	6	59
Toscana	11	10	8	3	32
Trentino Alto Adige	3	7	2	2	14
Umbria	3	5	4	1	13
Veneto	14	13	7	4	38
Totale	217	202	135	65	619

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le variabili considerate per la stratificazione delle unità di primo stadio (Regioni 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.

Al secondo stadio di campionamento le unità statistiche, rappresentate dagli studenti frequentanti le classi di un intero percorso scolastico, sono state selezionate mediante uno schema a grappolo, dove il grappolo è rappresentato dalla classe di appartenenza.

Strumento di indagine

Nel 2013, come per il 2012, 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.

Il questionario on-line è stato reso disponibile agli studenti selezionati per lo studio al link <http://\espad.drugfreedu.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.

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.

Uso di protocolli europei

Innovazione telematica

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

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 delle 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 344 domande complessive, articolate in 11 sezioni, che possono ridursi a 182 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.

Vantaggi delle indagini on-line

Realizzazione dello studio

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 duecento scuole.

Le scuole aderenti all'iniziativa, che avevano concluso la fase di rilevazione alla data del 03 Maggio 2013, ammontavano a 462, pari al 74,6% del campione di scuole pianificato, oscillando tra il 71,9% di adesione nell'Italia nord occidentale all'77,0% meridionale/insulare. Per quanto riguarda l'adesione per tipo di istituto, si osserva una percentuale più elevata nell'adesione degli istituti professionali (80,7%) e degli istituti tecnici (77,7%); inferiore, invece, risulta la partecipazione dei licei ed ex-magistrali e dei licei artistici che si attesta attorno al 70% (Tabella I.1.31).

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 preliminari dei questionari rilevati alla data del 03 maggio, la percentuale di studenti che hanno aderito allo studio è di circa il 75%; 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.

Tabella I.1.31: Distribuzione percentuale di adesione delle scuole sul totale scuole previste, per area geografica e tipo di istituto. Anno 2013 (Situazione al 03 Maggio 2013)

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	60,8	75,0	82,1	73,3	71,0
Italia nord-orientale	67,7	91,2	81,0	45,5	76,3
Italia centrale	66,7	78,9	70,4	76,9	72,4
Italia meridionale/insulare	77,8	73,3	84,7	69,2	77,0
Totale	70,0	77,7	80,7	67,7	74,6

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Percentuali minime di adesione sono state riscontrate in Trentino Alto Adige e Liguria, per quanto riguarda i licei e gli ex istituti magistrali, in Abruzzo, Basilicata e Friuli Venezia Giulia per gli istituti tecnici, in Toscana, Trentino Alto Adige, Piemonte e Valle d'Aosta per gli istituti professionali ed in Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige e Calabria per gli istituti ed i licei artistici. Per contro percentuali di partecipazione più elevate (oltre il 70,0%) si osservano in 14 regioni per gli istituti professionali, in 12 regioni sia per i licei e gli ex istituti magistrali che per gli istituti tecnici ed, infine, in 8 regioni per gli istituti artistici (Tabella I.1.32)

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.

Nella fase iniziale dell'analisi qualità del database (step 1) sono stati esclusi dal dataset finale i questionari relativi a studenti che non avevano compilato la parte del questionario relativa ai consumi (462 questionari esclusi dalle analisi successive).

Nella seconda fase della verifica delle caratteristiche qualitative dell'archivio dei questionari sono stati esaminati il numero di questionari compilati da ciascun istituto scolastico, e sono stati esclusi per istituto i record relativi agli studenti che avevano indicato un consumo per tutte le 17 sostanze relative alla domanda 21 (197 questionari esclusi dal dataset complessivo).

Nella terza fase di scrematura sono stati individuati ed esclusi dal dataset definitivo i record corrispondenti ai questionari in cui è stata compilata la droga civetta (176 questionari esclusi del dataset complessivo).

74,6% di adesione:
dal 71,0% de nord
occidentale al 77%
sud e isole

Qualità dei dati:
97,8% questionari
validi per l'analisi
sui consumi di
sostanze psicotrope

Tabella I.1.32: Distribuzione percentuale di adesione delle scuole sul totale scuole previste, per regione e tipo di istituto. Anno 2013 (Situazione al 03 Maggio 2013)

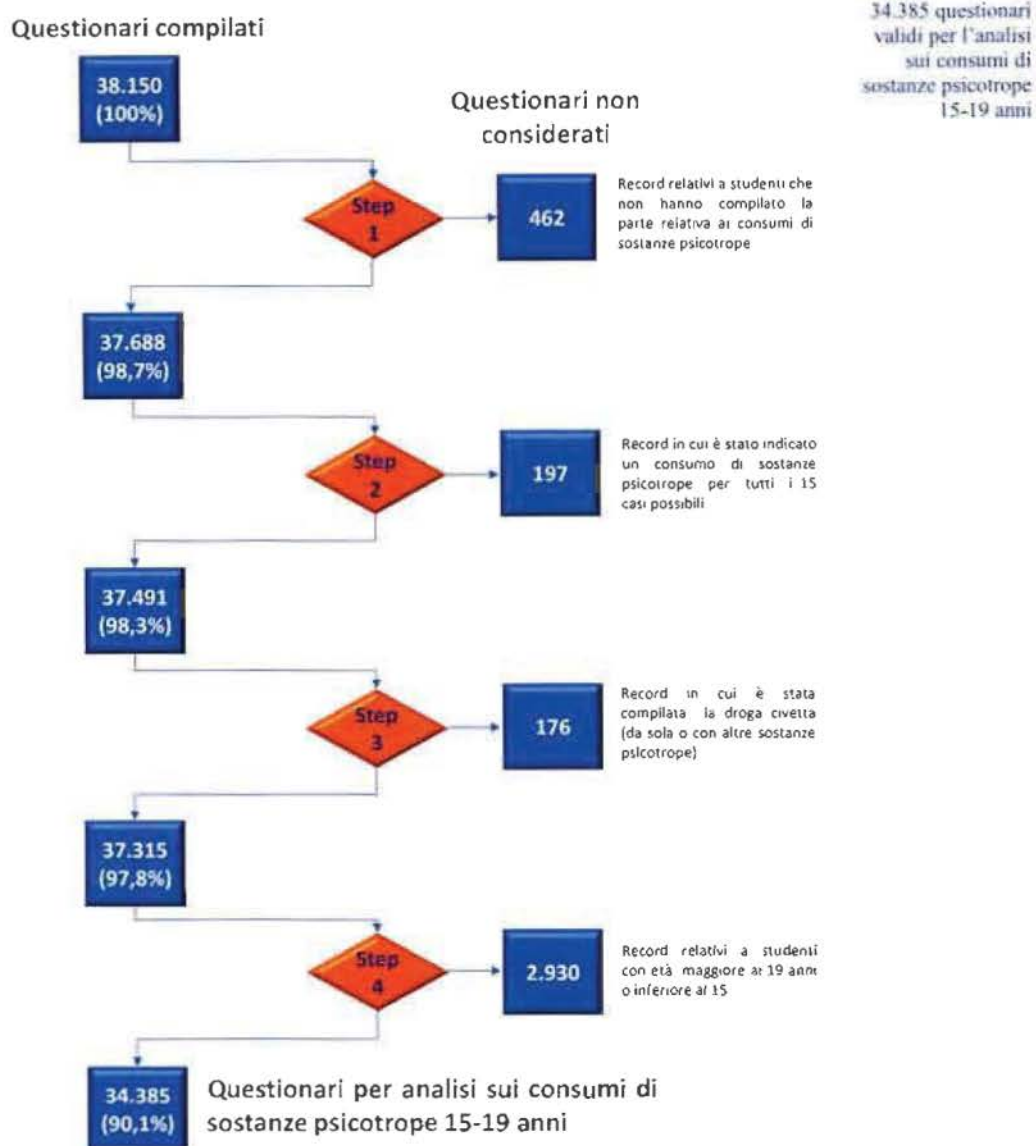
Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale	Adesione per tipo di istituto:
Abruzzo	100,0	25,0	100,0	75,0	77,8	80,7% professionali
Basilicata	100,0	50,0	75,0	100,0	83,3	77,7% istituti tecnici
Calabria	75,0	100,0	87,5	33,3	83,3	70,0% licei ed ex-magistrali
Campania	60,7	71,4	68,8	100,0	68,8	67,7% istituti e licei artistici
Emilia Romagna	70,0	100,0	75,0	50,0	80,0	
Friuli Venezia Giulia	100,0	50,0	75,0	0,0	60,0	
Lazio	54,5	76,5	87,5	66,7	67,9	
Liguria	40,0	100,0	100,0	66,7	76,5	
Lombardia	65,6	63,0	86,7	50,0	67,5	
Marche	50,0	60,0	75,0	100,0	62,5	
Molise	100,0	100,0	66,7	100,0	88,9	
Piemonte/ Valle D'Aosta	57,1	92,3	62,5	100,0	75,6	
Puglia	85,7	68,8	100,0	60,0	80,4	
Sardegna	100,0	100,0	75,0	50,0	89,5	
Sicilia	77,3	68,4	91,7	66,7	76,3	
Toscana	81,8	90,0	37,5	66,7	71,9	
Trentino Alto Adige	33,3	100,0	50,0	0,0	64,3	
Umbria	100,0	80,0	100,0	100,0	92,3	
Veneto	64,3	92,3	100,0	100,0	84,2	
Totale	70,0	77,7	80,7	67,7	74,6	

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel quarto ed ultimo step di pulitura dei dati sono stati eliminati i questionari relativi a studenti con età maggiore a 19 anni ed inferiore a 15 (2.930 record esclusi dal dataset complessivo).

Il numero questionari validi alla fine dell'analisi della qualità dei dati ammonta a 34.385, pari al 90,1% del quantitativo totale di questionari raccolti.

Figura I.1.54: Procedura di controllo qualità dei dati. Anno 2013



I.1.3 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.

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

Le nuove droghe di sintesi

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.

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 e i cui risultati sono riportati nel capitolo sul Sistema di Allerta (**IV.1 Sistema Nazionale di Allerta Precoce**).

Di seguito vengono descritte le principali caratteristiche delle nuove droghe intercettate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel 2012 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.

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.

L'attività in vitro del JWH-018 e dei suoi analoghi JWH-073 e JWH-019 risulta essere superiore a quella del Δ^9 -THC. Analogamente, il CP 47,497 mostra attività agonista sui recettori CB1 dalle 3 alle 28 volte superiore a quella del Δ^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.

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.

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

Disponibilità in
smart shop e su
Internet

Cosa sono

La loro potenza

Assunzione ed
effetti

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 41 casi di intossicazione acuta correlata all'assunzione di cannabinoidi sintetici (dei quali, 2 nel 2012) per i quali è stato necessario l'ingresso in pronto soccorso. Nella Figura I.1.55 viene riportata la georeferenziazione dei casi di intossicazione da cannabinoidi sintetici e i nomi dei prodotti consumati dai pazienti intossicati, con indicati i relativi cannabinoidi sintetici riscontrati. La maggior parte dei casi sono stati registrati nel Nord Italia e hanno visto coinvolti soggetti tra i 15 e i 55 anni nel 2012.

Intossicazioni acute
in Italia dal 2010:
-41 casi dai
cannabinoidi
sintetici
-8 da catinoni
-10 da
metossietamina

Figura I.1.55: Georeferenziazione dei casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici che hanno richiesto un accesso al pronto soccorso e che sono stati registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010, nomi dei prodotti consumati dai pazienti e relativi cannabinoidi sintetici riscontrati nei campioni analizzati.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce – Dipartimento Politiche Antidroga

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 (14 segnalazioni), 4-metilcatinone (4-MEC) (11), butilone (5), metilone (5), metilendiossipirovalerone (MDPV) (4), pentedrone (4), 3-fluorometcatinone (3) e bufedrone (2).

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 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.

Intossicazioni acute
in Italia:
- 8 casi di catinoni

Figura I.1.56: Georeferenziazione dei casi di intossicazione da catinoni sintetici che hanno richiesto l'accesso al pronto soccorso e che sono stati registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010 e relativi catinoni sintetici riscontrati nei campioni analizzati.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce – Dipartimento Politiche Antidroga

La metossietamina

La metossietamina è un analogo della ketamina dalla quale differisce per la presenza di un sostituito 3-metossi al posto del 2-cloro sull'anello aromatico e la 2-etilammina al posto della metilammina. Analogamente alla ketamina, la metossietamina si ritiene possa agire come antagonista non competitivo dei recettori NMDA e come inibitore della ricaptazione della dopamina. Agirebbe

Coste

inoltre come agonista dei recettori dopaminergici D2, serotoninergici 5HT2, muscarinici colinergici, sigma-1, mu e kappa oppioidi.

Rispetto agli effetti della ketamina, la presenza del gruppo *N-etile* determinerebbe un maggiore e prolungato effetto tossicologico, mentre la presenza del gruppo 3-metossi al posto di 2-cloro determinerebbe un minor effetto analgesico e anestetico, nonché una più lunga emivita.

La metossietamina può essere assunta per via orale, endovenosa, intramuscolare, rettale e nasale. Secondo quanto riportato online da alcuni consumatori, gli effetti possono comparire tardivamente (dopo 30-90 minuti) quando assunta per sniffing, con rischio di assunzione di dosi ripetute a breve distanza; se l'assunzione avviene invece per iniezione intramuscolare gli effetti possono comparire anche dopo pochi minuti. La durata dell'effetto è molto variabile (mediamente 5-7 ore). Per prolungare gli effetti ricercati, spesso viene co-assunta con allucinogeni (ad esempio, LSD) o amfetamine/amfetamino-simili.

Gli effetti ricercati e descritti dopo uso di metossietamina sono euforia, aumento dell'empatia, intensificazione delle esperienze sensoriali, distorsione del senso della realtà, allucinazioni visive vivide e persistenti. Alcuni consumatori riportano di aver manifestato nausea, vomito, diarrea, paranoia, ansia, confusione mentale, vertigini, distorsione del tempo, afasia, sinestesia e grave agitazione psicomotoria. A seguito di assunzione di metossietamina vengono riportati anche, quali effetti "non ricercati", deprivazione sensoriale, derealizzazione e dissociazione (genericamente descritti come esperienze "near-death").

Nel corso del 2012 sono stati segnalati numerosi casi di intossicazione da metossietamina. Complessivamente sono 10 (di cui uno registrato nel 2011) i casi di intossicazione da metossietamina registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce, la maggior parte dei quali (6) identificati nel Nord Italia, mentre i restanti 4 nel centro Italia, specificatamente nelle Regioni della Toscana, Lazio ed Emilia Romagna.

I principali sintomi registrati all'ingresso in pronto soccorso sono stati: grave agitazione psicomotoria associata ad allucinazioni, midriasi, tachicardia, stato confusionale, obnubilamento del sensorio.

Nella Figura I.1.57 viene riportata la georeferenziazione dei casi di intossicazione acuta correlati all'assunzione di metossietamina che hanno richiesto l'ingresso al pronto soccorso.

Assunzione ed
effetti

Intossicazioni acute
in Italia:
-10 casi da
metossietamina

Figura I.1.57: Georeferenziazione dei casi di intossicazione da metossietamina che hanno richiesto l'accesso al pronto soccorso e che sono stati registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel 2011-2012.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce – Dipartimento Politiche Antidroga

Nello studio GPS-DPA 2012, in aggiunta alle tradizionali sostanze stupefacenti, è stato esaminato il consumo di alcune nuove droghe da parte della popolazione con riferimento all'uso almeno una volta nella vita, nell'ultimo anno e nei trenta giorni antecedenti l'indagine. In particolare sono state indagate le seguenti sostanze: Smart Drugs, (tutti quei composti sia di origine naturale che sintetica che possono contenere principi attivi con presunte o accertate proprietà psicoattive), Salvia Divinorum (una pianta psicoattiva che può indurre effetti dissociativi, visioni ed allucinazioni), LSA-semi hawaiani (un allucinogeno psichedelico fortemente correlato all'LSD) e Kobret (una forma di eroina). L'iniziazione ed il consumo di queste nuove sostanze sembra riguardare in misura maggiore le fasce d'età più giovani, in particolare gli adolescenti. Principalmente per questo motivo, lo studio GPS-DPA, effettuato nelle fasce d'età più adulte, non ha rilevato consumi significativi per queste sostanze psicotrope.

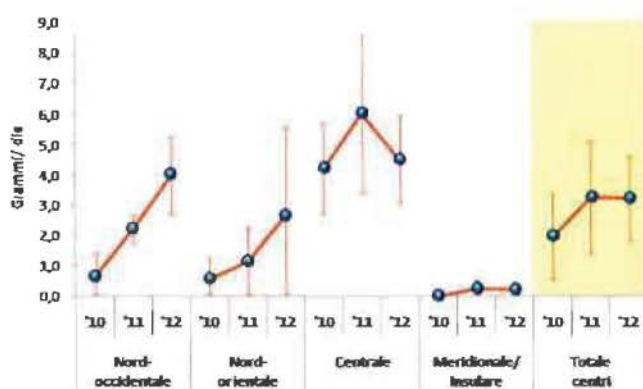
Consumi di nuove
sostanze nella
popolazione
generale 15-64 anni

Parallelamente, lo studio AquaDrugs condotto negli ultimi tre anni, ha rilevato le concentrazioni di sostanze stupefacenti consumate dalla popolazione di 15-64 anni mediante l'analisi delle acque reflue. Oltre alle tradizionali sostanze oggetto di studio (cannabis, cocaina, ecc), sono state analizzate anche le concentrazioni di ketamina, la cui standardizzazione è stata effettuata utilizzando l'unità di misura grammi/giorno. Per questa sostanza, dopo un generale aumento dei consumi registrato nel 2011 (1,96 grammi/die nel 2010 contro 3,24 grammi/die nel 2011), nell'ultimo anno il consumo resta sostanzialmente stabile, attestandosi a 3,22 grammi/die.

Sostanziale aumento
dei consumi di
ketamina solo
nell'Italia
setentrionale nel
periodo 2011-2012

Consumi quasi nulli si osservano nell'Italia meridionale/insulare, a differenza di concentrazioni più elevate registrate nelle altre aree geografiche, in aumento nell'Italia settentrionale dal 2010 al 2012: per l'area nord-occidentale da 0,7 g/die nel 2010 a 4 g/die nel 2012, mentre per l'Italia nord-orientale da 0,6 g/die nel 2010 a 2,6 g/die nel 2012.

Figura I.1.58: Distribuzione dei grammi/die di KETAMINA rilevati nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.

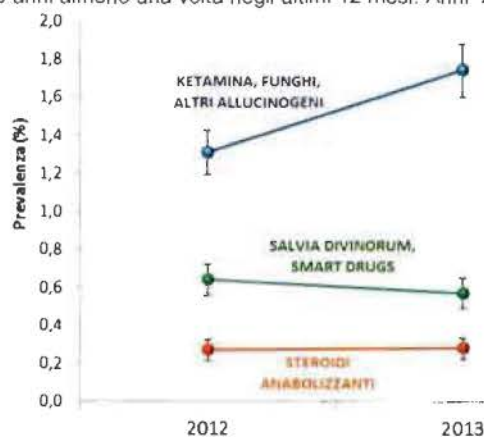


Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Al contrario dell'indagine di popolazione generale, l'indagine SPS-DPA, condotta su un campione di studenti nella fascia d'età 15-19 anni, ha rilevato consumi di queste nuove sostanze con riferimento all'ultimo anno. Confrontando i consumi stimati nel 2013 rispetto all'anno precedente (Figura I.1.59), si registra un forte incremento dei consumi di ketamina, funghi allucinogeni ed altri allucinogeni (1,3% nel 2012 verso 1,7% nel 2013); mentre per le altre sostanze indagate, Salvia Divinorum, Smart Drugs e steroidi anabolizzanti, i consumi restano sostanzialmente invariati.

Consumi di nuove sostanze tra gli studenti 15-19 anni: lieve aumento della ketamina tra gli studenti

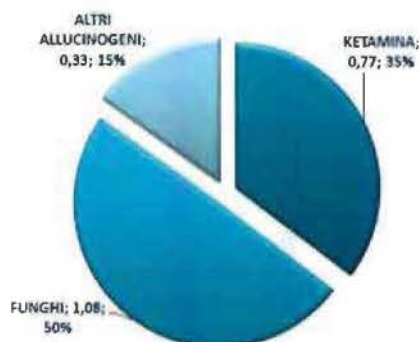
Figura I.1.59: Consumatori (prevalenza %) di nuove sostanze nella popolazione studentesca 15-19 anni almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Anni 2012-2013



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Focalizzando l'attenzione sullo studio SPS-DPA del 2013 (Figura I.1.60) per gli allucinogeni complessivamente si registra una prevalenza di consumo pari all'1,7%, con un maggior consumo di funghi allucinogeni (1,08%) rispetto alla ketamina e agli altri allucinogeni (0,77% e 0,33% rispettivamente).

Figura I.1.60: Consumatori (prevalenza %) di nuove sostanze nella popolazione studentesca 15-19 anni almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

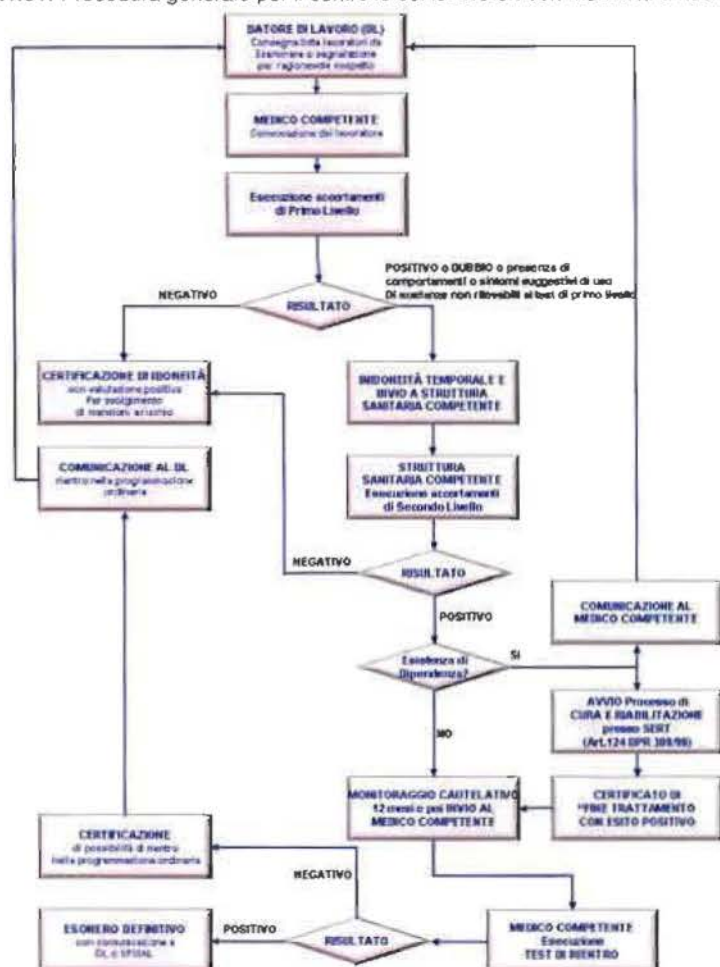
I.1.4. Consumo di droga nelle popolazioni speciali (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio – DTLR-)

I.1.4.1. Introduzione

Nel corso del 2012 il DPA ha proseguito l'attività prevista nell'ambito del progetto DTLR (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio), migliorando ed ampliando la propria base dati nonché confrontandosi con tutti i referenti istituzionali al fine di sviluppare proposte di revisione dell'Intesa Stato-Regioni attualmente vigente.

Si riporta in fig. I.1.61 l'attuale procedura generale per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio, che si presenta piuttosto articolata e con margini di miglioramento allo studio del tavolo di revisione presso il DPA.

Figura I.1.61: Procedura generale per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.4.2 Risultati

I dati a disposizione del Dipartimento Politiche Antidroga, raccolti attraverso il portale DTLR sono stati forniti dalla Rete Ferroviaria Italiana (RFI) – Gruppo Ferrovie dello Stato -, da ASSTRA – Associazione Trasporti, dalla Associazione Nazionale Medici d'Azienda (A.N.M.A.), dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (S.I.M.L.I.), da TRENORD S.r.L., dall'Associazione Nazionale Autotrasporto Viaggiatori (ANAV) e da ENAV S.p.A. Per il 2012 i dati fanno riferimento a 91.953 soggetti sottoposti a test di I° livello (+4,4% rispetto al 2011 in cui sono stati testati 88.058 soggetti), di cui poco più del 5% di genere femminile.

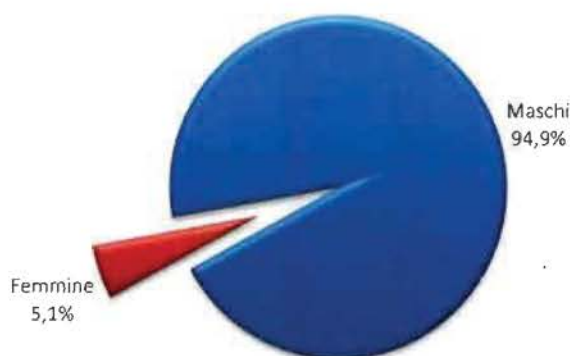
91.953 soggetti
esaminati:
+4,4% di soggetti
esaminati rispetto
al 2011

Tabella I.1.33: Denominazione e numero dei soggetti fonte di dati - Anno 2012 -

Denominazione fonte dati	Soggetti
Rete Ferroviaria Italiana – Gruppo Ferrovie dello Stato – Direzione Sanità	42.866
ASSTRA – Associazione Trasporti -	22.644
Associazione Nazionale Medici d'Azienda	12.734
Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale	8.138
TRENORD S.r.L.	1.945
ANAV – Associazione Nazionale Autotrasporto Viaggiatori -	1.819
ENAV S.p.A.	1.807
Totale soggetti sottoposti a test di I° livello	91.953

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Alla raccolta dati hanno partecipato circa cento centri collaborativi dei vari gruppi sopracitati che hanno aderito all'indagine promossa dal DPA .

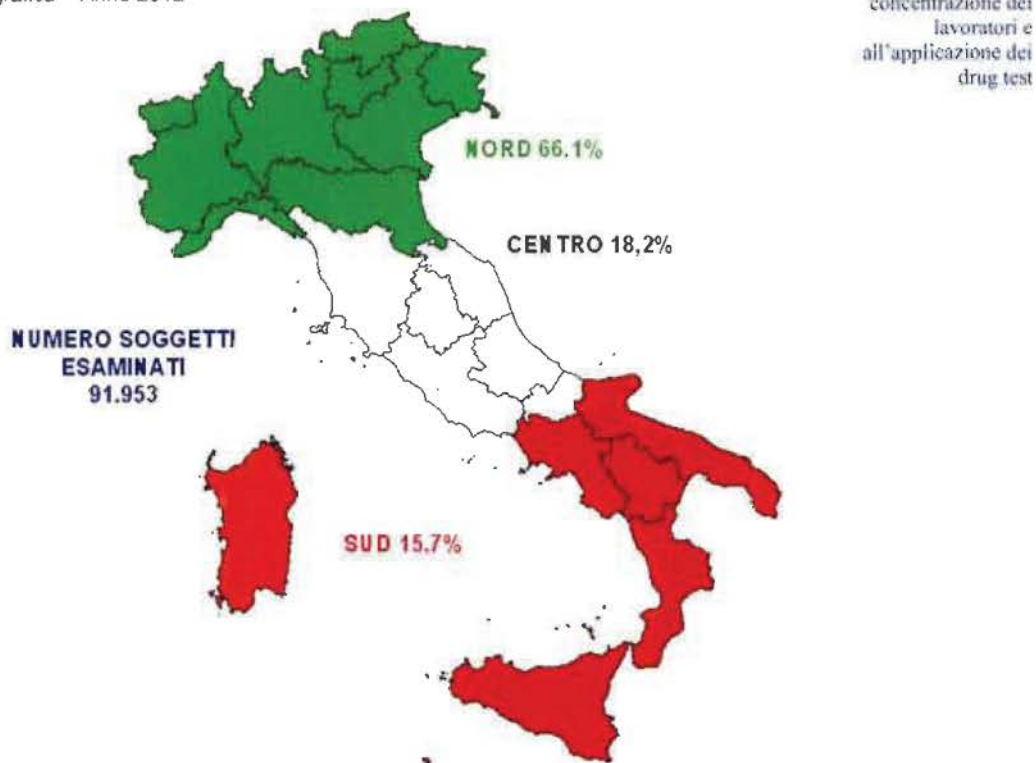
Figura I.1.62: Popolazione esaminata per drug test di I livello – analisi per genere – Anno 2012

Circa il 95% del campione di genere maschile

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi per area geografica evidenzia una netta prevalenza dei test eseguiti nell'Italia settentrionale con il 66,1% dei casi, a seguire il 18,2% per il centro ed il 15,7% per Sud ed Isole; rispetto al 2011 sale il numero dei testati al nord a seguito dell'adesione di nuove aziende. Gli addetti al settore dei trasporti sono nettamente quelli più interessati dai controlli, seguiti dai mulettisti/carrellisti.

Figura 1.1.63: Popolazione esaminata drug test di I livello – analisi per macro area geografica – Anno 2012 -



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I risultati emersi dai test di primo livello (confermati in laboratorio analisi su aliquota dello stesso campione raccolto) hanno evidenziato la positività del test per lo 0,23% dei soggetti testati; ad essi si può aggiungere una quota di “autoesclusi” e ritenuti temporaneamente inidonei alla mansione che porterebbe il tasso di positività allo 0,24%.

Nel 2012 0,23% di positivi ai test di primo livello: -25,8% rispetto al 2011.

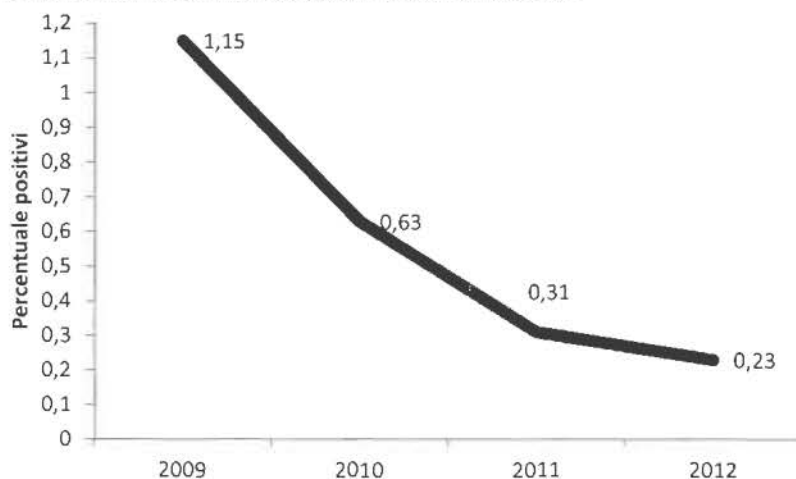
Figura 1.1.64: Drug test di I livello – analisi per esito (con test di conferma in laboratorio)– Anno 2012 -



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2011, anno in cui la positività riscontrata era dello 0,31%, si è riscontrato un calo del 25,8% (Figura I.1.65). Rispetto allo scorso anno la tipologia dei testati è sostanzialmente omogenea e ciò conferma il costante e positivo trend che dal 2009 al 2012 ha visto diminuire la percentuale dei positivi al I livello dell'80%, da 1,15% del 2009 all'attuale 0,23%.

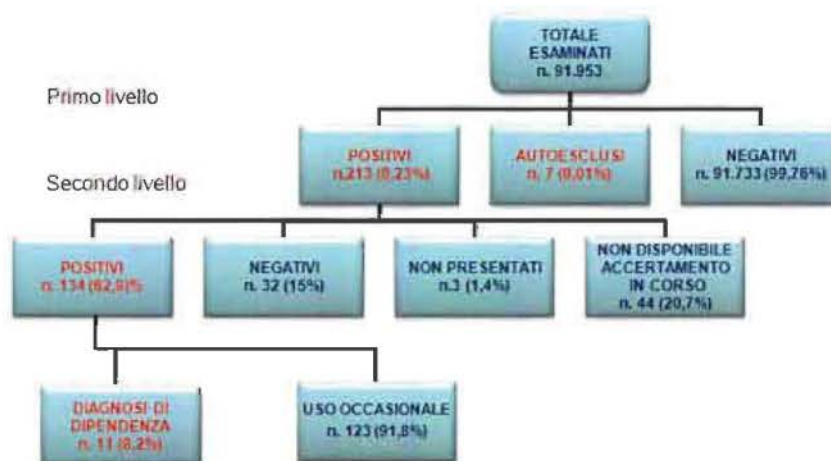
Figura I.1.65: Drug test di I livello, confronto positività 2009-2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il flusso dati 2012 è rappresentato nella figura I.1.66 in cui si riporta la numerosità dei soggetti.

Figura I.1.66: Flusso soggetti sottoposti ad accertamento – Anno 2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi per fascia d'età evidenzia che il campione esaminato è concentrato molto nella fascia di età 45-59 anni. All'interno delle classi di età quelle che presentano una più alta prevalenza di positività sono quelle giovanili, in particolare under 35. Rispetto all'anno 2011 si registra una generale contrazione in tutte le fasce di età e una controtendenza nella fascia under 24 (dato 2011 0,59% vs 0,83% anno 2012) ed in quella 30-34 (dato 2011 0,40% vs 0,51% anno 2012). Molto interessante il dato sui soggetti positivi nella visita pre assuntiva, 0,93%,

Soggettivi positivi
al test pre assuntivo
0,93%