

Capitolo 3 – Le nuove sostanze

A cura del Ministero della Salute - Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico- e dell' ISS – Istituto Superiore Sanità - Reparto Farmaco Farmacodipendenza, Tossicodipendenza e doping

3.1 Sistema di allerta precoce

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e del Sistema di Allerta Precoce

Dal 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, nel rispetto delle disposizioni Europee in materia, ha centralizzato ed istituzionalizzato nel nostro Paese il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe – National Early Warning System (N.E.W.S.).

Il Sistema è finalizzato, da una parte, ad individuare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio e, dall'altra, ad attivare segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgano le strutture deputate alla tutela della salute e responsabili dell'eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze.

Principali attività

Le attività svolte dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2015 riguardano le segnalazioni ricevute (input), relative all'identificazione di nuove sostanze o nuovi fenomeni sul territorio italiano e internazionale, e le comunicazioni trasmesse (output) differenziate per tipologia di informazione: Informative, Preallerte ed Allerte di vario grado, comunicazioni contenenti informazioni provenienti dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), allerte diramate dall' EMCDDA, note formali.

Criteri e definizioni

Informativa: Comunicazione non urgente inviata dal sistema nazionale di allerta ai centri collaborativi con lo scopo di condividere le informazioni analitiche e cliniche sulle nuove sostanze psicoattive, sui nuovi modelli di consumo, sui nuovi agenti di taglio/adulteranti, al fine di facilitare l'individuazione analitica delle nuove molecole, l'identificazione dei casi clinici e il monitoraggio di fenomeni nuovi nello scenario della droga.

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 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 osservati e documentati in Europa o in Italia. Condizioni di rischio di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, decessi).

Successivamente all'attivazione, le allerte possono essere oggetto di aggiornamenti che riportano notizie aggiuntive a complemento di quanto inizialmente comunicato.

Comunicazioni e allerte EMCDDA: comunicazioni e/o allerte nelle quali il Sistema di Allerta raggruppa ed inoltra al network dei centri collaborativi le segnalazioni e/o allerte relative all'individuazione di nuove molecole sul territorio della UE o a gravi intossicazioni e/o morti che l'EMCDDA ha trasmesso

Il Sistema di Allerta, quando opportuno, si avvale inoltre della possibilità di inviare Note formali a specifici destinatari per informare o allertare rispetto ad un evento o un fenomeno di interesse locale e/o specifico.

Segnalazioni in ingresso – input

Le segnalazioni registrate dal Sistema nel corso del 2015 sono pervenute prevalentemente dalle Forze dell'Ordine (46 segnalazioni), dall'EMCDDA (62 segnalazioni e due allerte) e da centri collaborativi (8 segnalazioni) appartenenti in particolare alle Tossicologie cliniche, alle tossicologie forensi, all'Agenzia delle Dogane, alle Università, Enti di ricerca, aziende sanitarie, Centri Antiveneni.

Tabella 18

TABELLA A			
Informative			
Segnalazioni (Forze dell'ordine)	Centri collaborativi	Comunicazioni EMCDDA	Allerte EMCDDA
46	8	62	2

Le segnalazioni ricevute dal Sistema di Allerta nel corso del 2015 da parte dei Centri collaborativi (54) risultano in netto calo rispetto al 2013, anno durante il quale si era registrato il picco massimo di segnalazioni (245), dall'inizio delle attività del Sistema di Allerta, fatto che potrebbe essere correlabile a diversi ed importanti aspetti.

Occorre infatti sottolineare che nel 2015 l'attività del Sistema ha subito qualche rallentamento determinato da una riorganizzazione di tutto il network e che prevede che l'Istituto Superiore di Sanità coordini tutte le attività nazionali e ne comunichi i risultati al DPA-PCM, dove hanno sede l'Osservatorio nazionale ed il Punto Focale Nazionale deputato a corrispondere con l' EMCDDA di Lisbona.

Comunicazioni in uscita – output

Nel corso del 2015 il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha prodotto una serie di comunicazioni destinate ai centri collaborativi (output), classificate secondo la tipologia di seguito riportata:

- n. 8 Informative: comunicazioni che il Sistema invia al network di centri collaborativi e che non presentano carattere di urgenza. In generale esse sono finalizzate ad informare le unità del network e per inoltrare al network degli esperti le segnalazioni provenienti dai centri collaborativi. Tali Informative hanno inoltre l'obiettivo di condividere le informazioni analitiche e cliniche per agevolare l'identificazione delle nuove molecole e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza.
- n. 10 informative EMCDDA: comunicazioni che il Sistema riceve dall' EMCDDA di Lisbona e trasmette al network di centri collaborativi. Anche queste comunicazioni non presentano carattere di urgenza, ma hanno la funzione di condividere le informazioni analitiche e cliniche, ottenute dall' EMCDDA attraverso la rete REITOX/EWS collegata con tutti i Paesi Membri, al fine di agevolare l'identificazione delle nuove molecole che già circolano nell'UE e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza.
- n. 7 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. Secondo la gravità dell'oggetto dell'allerta e quindi, del potenziale rischio per la salute pubblica, i documenti in uscita vengono definiti come Pre-allerta, Allerta di grado 1, 2 o 3 secondo criteri predefiniti. Due delle sette allerte sono state trasmesse all' EMCDDA (tabella B).
- Infine il Sistema ha inviato all' EMCDDA di Lisbona due reporting form riassuntivi di tutta l'attività in ambito nazionale.

TABELLA B								
	Infor mativ e	EMCD DA	Pre- allerte	Allerte		Aggiorname nto allerte	Allert a EMC DDA	Reporti ng forms a Lisbon a
				Grado 2	Grado 3			
Numero	8	10	1	1	2	1 (Allerta Grado 3)	2	2

Tabella 19

Nelle 10 comunicazioni inviate ai Centri del Sistema e provenienti dall'Osservatorio di Lisbona (EMCDDA) che raccoglie tutte le nuove sostanze psicoattive segnalate dai diversi paesi europei (per un totale di 63 – Grafico A), si evidenziano i cannabinoidi sintetici al 31.7%, seguiti dai catinoni

sintetici al 23.8%. A seguire in proporzione minore le fenetilamine al 11.1%, i derivati piperazinici al 6.3%, le benzodiazepina al 4.7% ed a seguire tutte le altre.

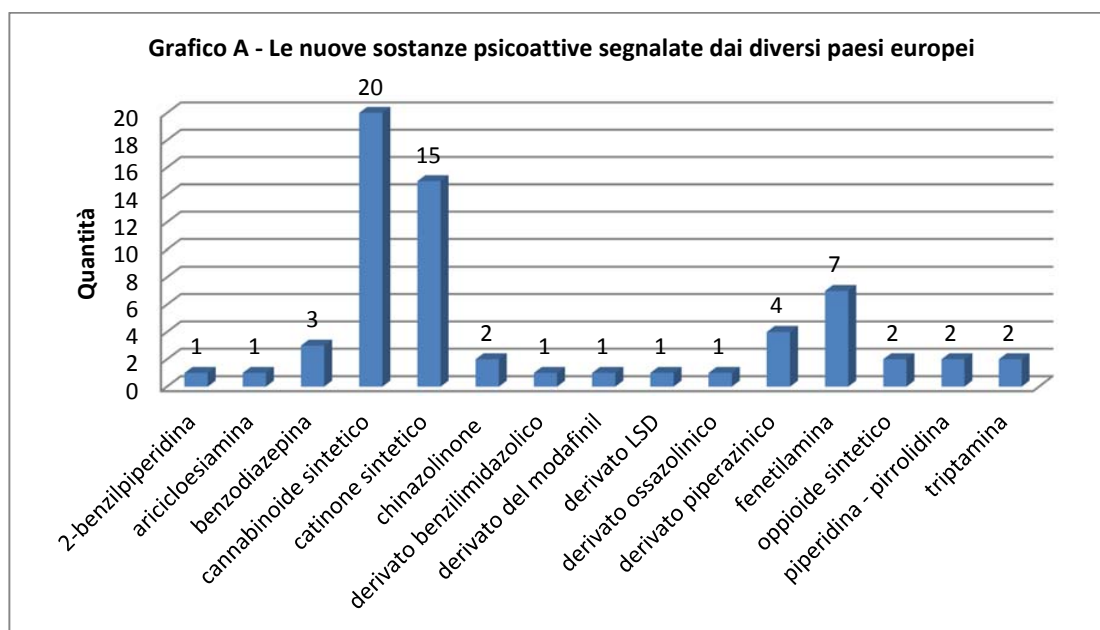


Figura 22

I dati provenienti dalle 14 nazioni (riportate nella tabella C) evidenziano una prevalenza delle segnalazioni da parte della Svezia con 21 sostanze, seguita dalla Francia con 7, la Germania, la Polonia la Spagna con 6, l'Ungheria e il Regno Unito con 5. Per quanto riguarda la tipologia di sostanze segnalate, in larga parte sono presenti i cannabinoidi sintetici, seguiti dalle fenetilamine, dalle piperidine e le restanti a chiudere la lista.

TABELLA C		
Tipo di sostanza	Nazione	Tipologia
4F-α-POP;	Ungheria	catinone sintetico
5-MeO-EIPT;	Svezia	triptamina
Cumyl-5F-PINACA;	Svezia	cannabinoide sintetico
DALT;	Norvegia	triptamina
3-CMC;	Svezia	catinone sintetico
5-APB-NBOMe;	Germania	fenetilamina
4-MMA-NBOMe;	Germania	fenetilamina
4-EA-NBOMe;	Germania	fenetilamina

3,4-DMA-NBOMe; 4-Metil-N,N-dietilcatinone; Afloqualone; Flubromazolam; Metilmetaqualone	Germania Francia Svezia Svezia Polonia	fenetilamina catinone sintetico chinazolinone benzodiazepina chinazolinone
Flibanserina; 5F-AMB-PICA; AMB-FUBINACA	Germania Ungheria Svezia	Derivato benzilimidazolico cannabinoide sintetico cannabinoide sintetico
5F-MDMB-PINACA; Nifoxipam; NSI-189; Clonazepam; U-47700; Bk-IVP; N-metil-bk-MMDA-2; 2-Cloro-4,5-MDMA; ADAMANTYL-THPINACA; 1-(2,3-diidro-1H-inden-5-il)-2-fenil-2-(pirrolidin-1-il)etan-1-one	Ungheria Svezia Svezia Svezia Svezia Svezia Francia Spagna Slovenia Finlandia	cannabinoide sintetico benzodiazepina derivato piperazinico benzodiazepina oppioide sintetico catinone sintetico catinone sintetico fenetilamina cannabinoide sintetico catinone sintetico
4-FEC; 5-DBFPV; 25I-NB34MD; FUB-144; 4F-PBP	Spagna Svezia Svezia Lettonia Spagna	catinone sintetico catinone sintetico fenetilamina cannabinoide sintetico cannabinoide sintetico
HDMP-28; Isopropilfenidato; 1p-LSD; MCHMIC; Descloroketamina; Modafinil sulfone; 4Br-α-PVP; DB-MDBP; SDB-005;	Regno Unito Regno Unito Regno Unito Irlanda e Spagna Regno Unito Estonia Polonia Polonia Svezia	piperidina - pirrolidina piperidina - pirrolidina derivato LSD cannabinoide sintetico aricicloesamina derivato del modafinil catinone sintetico derivato piperazinico cannabinoide sintetico

5F-ADB-PINACA	Svezia	cannabinoidi sintetici
5-BPDi;	Polonia	catinone sintetico
MDMB-FUBICA;	Svezia	catinone sintetico
4-metilmetilfenidato;	Regno Unito	2-benzilpiperidina
4-EEC;	Spagna	catinone sintetico
DOIP;	Slovenia	fenetilamina
3,4-DMeO- α -PHP;	Svezia	catinone sintetico
4-MeO- α -PV9;	Ungheria	catinone sintetico
AMB-CHMINACA	Croazia	cannabinoidi sintetici
5F-AB-FUPPYCA;	Francia	cannabinoidi sintetici
5F-PY-PICA;	Francia	cannabinoidi sintetici
FUB-JWH-018;	Francia	cannabinoidi sintetici
Nor-mefedrone;	Francia	catinone sintetico
Despropionil-2-fluorofentanil;	Germania, Francia	oppioidi sintetici
Propilfenidato;	Danimarca	derivato piperidinico
5CAKB48;	Svezia	cannabinoidi sintetici
5F-EMB-PINACA;	Svezia	cannabinoidi sintetici
5F-PY-PINACA;	Svezia	cannabinoidi sintetici
EMB-FUBINACA;	Svezia	cannabinoidi sintetici
Etilnaftidato	Spagna	derivato piperidinico
CBL-018;	Polonia	cannabinoidi sintetici
N-metil derivato dell'aminorex;	Polonia	derivato ossazolinico
5-fluoropentil-3-piridinoilindolo	Ungheria	cannabinoidi sintetici

Tabella 20

3.2 Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo

La procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze da porre sotto controllo in conformità alle convenzioni internazionali in materia di droghe è prevista tra le attribuzioni del Ministro della salute dall'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2) del DPR 309/90 e s.m.i., Testo Unico, di seguito riportato:

2) il completamento e l'aggiornamento delle tabelle di cui all'articolo 13, sentiti il Consiglio superiore di sanità e l'Istituto Superiore di Sanità;

ed avviene in conformità alle previsioni dei commi 1 e 2 dell'articolo 13 del Testo Unico:

1. *Le sostanze stupefacenti o psicotrope sottoposte alla vigilanza ed al controllo del Ministero della salute e i medicinali a base di tali sostanze, ivi incluse le sostanze attive ad uso farmaceutico, sono raggruppate, in conformità ai criteri di cui all'articolo 14, in cinque tabelle, allegate al presente testo unico. Il Ministero della salute stabilisce con proprio decreto il completamento e l'aggiornamento delle tabelle con le modalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2).*
2. *Le tabelle di cui al comma 1 devono contenere l'elenco di tutte le sostanze e dei preparati indicati nelle convenzioni e negli accordi internazionali e sono aggiornate tempestivamente anche in base a quanto previsto dalle convenzioni e accordi medesimi ovvero a nuove acquisizioni scientifiche.*

L'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della salute, una volta acquisite informazioni relative all'avvenuto aggiornamento degli elenchi internazionali o all'esistenza di nuove acquisizioni scientifiche in materia di droghe, è tenuto ad avviare l'istruttoria per l'aggiornamento delle tabelle, raccogliendo tutta la documentazione relativa alla sostanza che potrebbe essere inserita nelle tabelle allegate al Testo Unico. Successivamente richiede formalmente il parere tecnico di competenza all'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2) del Testo Unico. Se tale parere identifica la sostanza come psicoattiva e avente capacità di indurre dipendenza, l'Ufficio Centrale Stupefacenti trasmette una relazione tecnica al Consiglio Superiore di Sanità, sempre ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2) del Testo Unico, che ne valuta l'eventuale inserimento in una delle quattro tabelle degli stupefacenti. Per le sostanze aventi attività farmacologica e terapeutica, deve essere anche valutato l'inserimento nella tabella dei medicinali stupefacenti. Il decreto di aggiornamento delle tabelle è successivamente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e inserito nella successiva edizione della Farmacopea ufficiale.

Le tabelle delle sostanze sotto controllo allegate al DPR 309/90 sono aggiornate generalmente con decreto ministeriale (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana) ogni volta che se ne presenti la necessità, cioè, ad esempio, quando:

1. vengono modificate le liste delle sostanze classificate a livello internazionale come stupefacenti o psicotrope;
2. una sostanza diventa oggetto di abuso o viene immessa sul mercato clandestino;
o in altri casi.

1) Gli organismi internazionali (WHO – OMS, ONU, etc.) sulla base di evidenze scientifiche aggiornate e in accordo con le convenzioni internazionali in materia di droghe, possono segnalare che determinate sostanze possono indurre dipendenze e sono da ritenersi dannose per la tutela della salute pubblica. A marzo 2015, in occasione della 58° sessione della Commission on Narcotic Drugs su segnalazione dell'OMS circa la pericolosità di 13 sostanze e la raccomandazione di schedulazione delle stesse, l'UNODC ha posto all'Ordine del giorno una discussione in seno alla CND. A seguito di votazione in sede di assemblea plenaria, alcune di queste sostanze sono state poste sotto controllo internazionale e di conseguenza ogni Paese ha dovuto provvedere a porre sotto controllo le sostanze, secondo la propria normativa nazionale vigente. Anche a seguito delle decisioni della 58ma CND, nel 2015 Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della salute ha provveduto all'emanazione dei seguenti decreti:

[08/01/2015 DECRETO del Ministero della Salute](#)

Aggiornamento delle 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 IV delle sostanze etizolam

e meprobamato e nella Tabella dei medicinali, Sezione D, dei medicinali ad uso parenterale a base di lormetazepam. (15A00571).

10/02/2015 [DECRETO del Ministero della Salute](#)

Aggiornamento delle 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. Inserimento nella tabella I delle sostanze 4-iodo-2,5-dimetossi-N-(-2-metossibenzil) fenetilammina (25I-NBOMe) e 3,4-dicloro-N-[(1-(dimetilammino)cicloesil)metil] benzamide (AH-7921), 1-cicloesil-4-(1,2-difeniletil)-piperazina (MT-45). (15A01336)

2) Attraverso il Sistema di allerta rapido (NEWS – New Early Warning System) sono state individuate numerose nuove sostanze di sintesi immesse sul mercato clandestino e sequestrate sul territorio nazionale. Il Ministero della salute ha un ruolo operativo all'interno di tale Sistema e riceve dal NEWS comunicazioni di vario genere che vanno dalle Allerte (grado I, II, III, a gravità crescente), alle informative e alle comunicazioni OEDT (queste ultime vengono trasmesse dall'Osservatorio sulle tossicodipendenze di Lisbona a ogni punto focale della rete REITOX dell'Unione Europea). Il sistema individua nuove sostanze psicoattive presenti sul territorio dell'Unione Europea in vari modi: a seguito di sequestri, quale causa presunta di decessi, intossicazioni, accessi al DEA, etc. Le comunicazioni vengono trasmesse in forma di relazione tecnico-scientifica al Ministero della salute per i seguiti di competenza. Se una sostanza è nuova e pericolosa per la tutela della salute, a seguito degli opportuni accertamenti, questa può divenire oggetto di inserimento nelle tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope.

PARTE II

DOMANDA DI SOSTANZE

PAGINA BIANCA

Capitolo 1 – Prevalenza e incidenza di uso

A cura di IFC – Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e Istituto Superiore Sanità (ISS), Reparto Farmacodipendenza, Tossicodipendenza e doping - Ministero della Difesa, Ispettorato generale della Sanità Militare

1.1 Analisi sui dati sulla popolazione studentesca

Aspetti metodologici

ESPAD

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è uno studio transnazionale sull'uso di alcol, tabacco e altre sostanze ad azione psicoattiva condotto sugli studenti europei, promosso dal Consiglio Svedese per l'informazione su alcol e altre droghe e supportato dall'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT-EMCDDA). Lo studio è stato realizzato per la prima volta nel 1995 in 26 Paesi dell'Unione Europea coinvolgendo, negli anni, sempre più Paesi arrivando nel 2015 a contarne circa 35. Il progetto europeo prevede la conduzione dello studio ogni quattro anni, attraverso un questionario rivolto agli studenti di 15-16 anni che raccoglie informazioni relative al consumo di sostanze stupefacenti, monitora le tendenze nel tempo e permette di effettuare confronti tra i Paesi partecipanti, utilizzando metodi e strumenti standardizzati per la definizione di campioni rappresentativi a livello nazionale (<http://www.espad.org>).

ESPAD®Italia

ESPAD®Italia è uno studio sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali da parte degli studenti italiani, di età compresa tra i 15 ed i 19 anni, degli istituti secondari di secondo grado. Lo studio, realizzato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) dal 1995, dal 1999 viene ripetuto con cadenza annuale, tra i mesi di Marzo e Aprile, su un campione rappresentativo degli studenti iscritti alle scuole superiori presenti sul territorio nazionale (<http://www.epid.ifc.cnr.it>). L'indagine è condotta seguendo lo standard della metodologia prevista dal progetto ESPAD (Hibell et al., 2012).

Il questionario ESPAD®Italia rileva diverse caratteristiche socio-culturali degli studenti e i consumi di sostanze quali tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicoattive illecite; contiene inoltre diversi strumenti standardizzati per la rilevazione di disturbi alimentari, del gioco d'azzardo problematico e dell'uso di internet. Rispetto al consumo di sostanze, sono indagate le esperienze d'uso delle sostanze nella vita, nell'anno e nel mese antecedenti la somministrazione del questionario. Nel 2015 lo studio ha coinvolto oltre 30mila studenti afferenti a 408 istituti scolastici secondari di secondo grado in Italia, con un tasso di rispondenza delle scuole pari all'88%.

Campionamento

Il piano di campionamento prevede, ogni anno, l'estrazione di un campione casuale stratificato a tre stadi. Il primo stadio prevede la stratificazione delle province italiane sulla base di

due variabili: l'area geografica (Nord, Centro, Sud e Isole) e la densità abitativa. Le province vengono estratte casualmente e in modo proporzionale alla dimensione dello strato. Se le risorse economiche lo permettono, vengono estratte tutte le province, procedendo nel campionamento direttamente dal secondo stadio. Nel secondo stadio le scuole all'interno delle province sono stratificate per tipologia di istituto (Licei, Istituti Artistici, Professionali e Tecnici) e per dislocazione geografica (metropolitana e non metropolitana); vengono quindi estratte casualmente e proporzionalmente secondo questa stratificazione. Nell'ultimo stadio una quota fissa di classi viene casualmente estratta da ogni strato (questa frazione può variare sensibilmente in relazione alle risorse economiche a disposizione). Tale procedimento ha permesso un considerevole abbattimento dei costi e dei tempi di realizzazione dell'indagine, ma ha reso necessaria una procedura di ponderazione per ottenere le stime nazionali. Questa procedura è stata basata su una post-stratificazione per genere, in accordo con la distribuzione della popolazione scolarizzata a livello regionale. Dal momento che gli indicatori da rilevare non sono omogenei e comprendono sia sostanze di larga diffusione, come l'alcol, sia sostanze con prevalenze estremamente basse, come invece l'eroina, un disegno di campionamento che possa assicurare prefissati livelli di precisione per tutte le stime prodotte non è attuabile. Per questo motivo è stato deciso di adottare una strategia basata su una valutazione degli errori delle stime a livello nazionale dell'uso di eroina negli ultimi dodici mesi, con possibile riferimento a domini territoriali di interesse (regionale e/o provinciale a seconda delle risorse a disposizione). La dimensione del campione teorico in termini di studenti, prefissato a livello nazionale in base ai criteri riferiti alla strategia di cui sopra, è pari almeno all'1% degli studenti iscritti.

Procedure per lo svolgimento dello studio

Sono molteplici i passaggi previsti per lo svolgimento dell'indagine che vanno dal primo contatto con le scuole fino al rientro del materiale direttamente presso la sede del Consiglio Nazionale delle Ricerche. Una volta individuate le scuole nel piano di campionamento, viene implementato uno specifico database per raccogliere tutte le informazioni relative alle scuole contattate: nome, numero di contatti e breve descrizione testuale degli stessi, data di adesione, difficoltà emerse durante la somministrazione dei questionari (real time), informazioni sul rientro dei questionari, sulla somministrazione dei questionari (classi nelle quali è stato somministrato, numero di questionari). Il contatto con le scuole viene effettuato all'inizio dell'anno scolastico; nel momento in cui la scuola accetta di partecipare al progetto, le si invia il materiale necessario alla somministrazione: lettera illustrativa del progetto, questionari da somministrare agli studenti, busta anonima dove sigillare ogni questionario, istruzioni per la somministrazione, scheda classe da compilare, istruzioni per la restituzione del materiale. La scuola non deve farsi carico di alcuna spesa.

Il professore incaricato e gli studenti sono tenuti a seguire le procedure standard adottate e condivise a livello europeo durante la somministrazione del questionario (Hibell et al., 2012). Viene comunicato agli studenti che la partecipazione è volontaria e del tutto anonima; a garanzia del più completo anonimato, i questionari vengono compilati senza riportare alcun dato identificativo (nome, cognome, data di nascita). Sono necessari circa 45 minuti per compilare l'intero questionario. Ogni questionario compilato viene quindi sigillato e inserito in una busta direttamente dallo studente; la busta viene riposta in una scatola chiusa, simile alle urne elettorali, con un'unica fessura nella parte superiore.

I pacchi vengono recapitati e aperti presso il CNR: i questionari da inserire sono codificati secondo l'identificativo della scuola e della classe, ma i risultati vengono presentati esclusivamente in forma aggregata, non viene mai divulgata alcuna informazione relativa alla classe e alla scuola partecipante all'indagine.

Procedura di verifica dell'acquisizione e analisi di affidabilità del database

L'acquisizione delle risposte ai questionari cartacei è effettuata da operatori CNR attraverso l'utilizzo di una specifica strumentazione: OCR (Optical Character Recognition). Lo scanning software adottato (ReadSoft Forms) è utilizzato da diversi Paesi Europei partecipanti all'indagine ESPAD.

La tecnologia OCR consente di memorizzare automaticamente le informazioni "scritte" attraverso una opportuna conversione dei dati basata sul riconoscimento ottico dei caratteri. Le fasi del processo di lavorazione con OCR prevedono: lo scanning delle informazioni presenti (scan), l'interpretazione dei dati riconosciuti (interpret), la verifica della bontà degli stessi mediante postazioni PC monitorate da operatori (verify). L'output finale (transfer) viene restituito nei formati elettronici standard, idonei all'import su database e all'elaborazione. Per il processo di verifica della qualità dei dati, viene estratto un campione di questionari compilati da acquisire nuovamente allo scanner e da sottoporre alle fasi di lavorazione OCR. Se i risultati dell'output della seconda acquisizione OCR sono congruenti con i risultati della prima, il controllo qualità si ritiene eseguito con successo. Per ridurre il numero delle variabili "not valid" e identificare i falsi missing, spesso generati da un eccessivo/insufficiente annerimento delle caselle presenti nel questionario cartaceo, vengono verificati i valori di risposta acquisiti su set di variabili, suddivise nelle principali aree di interesse (genere, età, alcol, cannabis, ecc.), risalendo dai valori dell'output dati elettronico alla corrispondente scannerizzazione del questionario. Prima di procedere con le analisi, una volta ottenuto il set completo di dati, viene verificata la consistenza delle risposte fornite nei questionari. Seguendo gli standard adottati a livello europeo, vengono eliminati i questionari che presentano: più del 50% di mancata risposta, risposte sistematiche (per esempio aver risposto sempre allo stesso item in colonna), risposte incongruenti (per esempio aver usato tutte le sostanze 40 o più volte negli ultimi 30 giorni), inconsistenza di almeno una risposta sull'uso di sostanze (per esempio aver risposto di aver fatto uso nei dodici mesi e non nella vita).

Analisi della affidabilità delle nuove domande

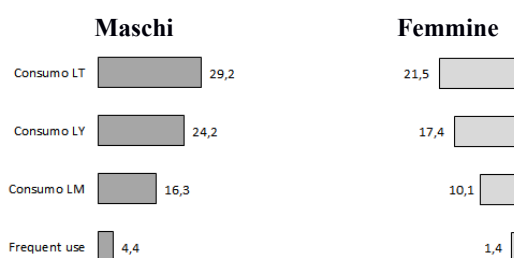
Quando si rende necessario aggiungere o cambiare alcune domande del questionario, viene condotta una procedura di test-retest su un campione di almeno 5 scuole: su di esse viene condotto lo studio a distanza di 3 settimane al fine di analizzare e migliorare l'affidabilità e la consistenza delle risposte alle nuove domande (i questionari delle due somministrazioni vengono linkati attraverso codici anonimi) (Molinari et al., 2012). A parte viene campionato un gruppo di controllo di 40 scuole per testare possibili differenze nelle risposte tra il precedente questionario e quello nuovo, così da evitare distorsioni nella comparabilità temporale delle evidenze.

I consumi di sostanze psicoattive

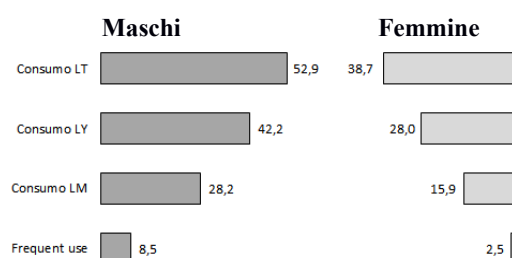
Il 34% degli studenti italiani di 15-19 anni ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (maschi: 39%; femmine: 28%) e il 27% circa (maschi: 31%; femmine: 22%) nel corso dell'anno antecedente lo svolgimento dello studio campionario, l'85% di questi ultimi è "monoconsumatore", ne ha cioè utilizzata una sola, mentre per il 15% si tratta di "policonsumatori", in quanto hanno usato 2 o più sostanze illegali. Il 17% degli studenti ha utilizzato sostanze psicoattive illegali nel mese precedente la survey (maschi: 21%; femmine: 12%) e il 4% ne ha fatto un uso frequente (maschi: 6%; femmine: 2%), ha cioè utilizzato nel corso dell'ultimo mese cannabis 20 o più volte e/o altre illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina) 10 o più volte. Tra gli studenti di genere maschile e tra i maggiorenni le prevalenze di consumo risultano superiori,

differenze che tendono a ridursi passando dal consumo nella vita a quello corrente (riferito cioè al mese antecedente lo studio) a quello frequente.

a) 15-17 anni



b) 18-19 anni



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=20 o più volte negli ultimi 30 giorni per cannabis e/o 10 o più volte per cocaina e/o stimolanti e/o allucinogeni e/o eroina

Figura 23 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno utilizzato almeno una sostanza illegale. ESPAD®Italia 2015

Tra le sostanze illegali, quella maggiormente utilizzata è la cannabis, seguita da cocaina, stimolanti e allucinogeni, mentre l'eroina è quella meno diffusa. Il rapporto di genere mostra la maggior attrazione del genere maschile per il consumo delle sostanze psicoattive: rispetto al consumo durante l'anno, il rapporto di genere varia da 1,5 per la cannabis a poco più di 2 per stimolanti e cocaina e a circa 3 per le altre sostanze illegali.

Sono Piemonte, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Molise e Sardegna a far registrare le prevalenze superiori alla media nazionale (con valori compresi tra 27,5% e 30,2%), mentre nelle regioni del nord-est, in Valle d'Aosta, Campania, Basilicata e Calabria sono inferiori (19,2-25,6%).

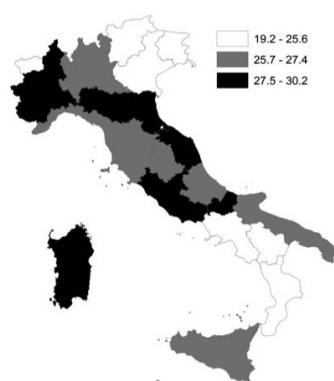
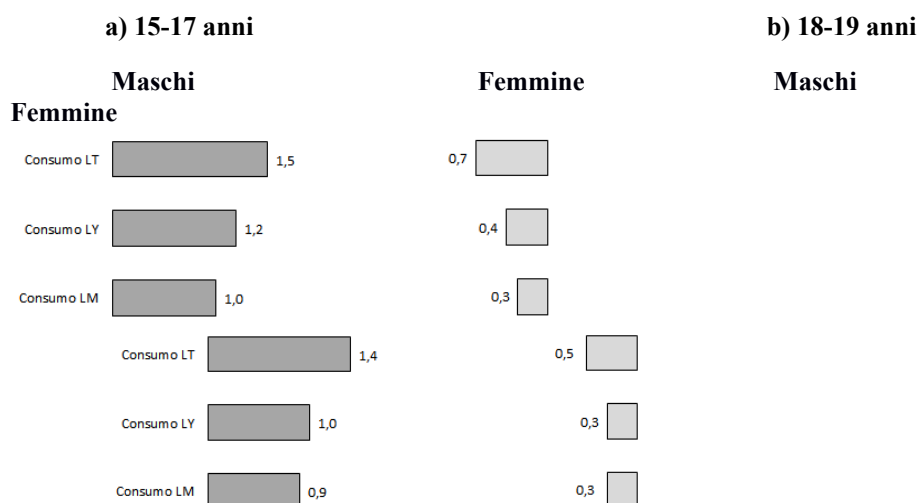


Figura 24 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato almeno una sostanza illegale nell'anno. ESPAD®Italia 2015

L'1% degli studenti italiani, almeno una volta nella propria vita, ha usato sostanze psicoattive per via iniettiva e lo 0,7% lo ha fatto nel corso dell'anno, in particolar modo gli studenti di genere maschile (rispettivamente 1,4% e 1,1%; femmine: 0,6% e 0,4%). Prevalenza del tutto simile a quella annuale si osserva rispetto all'ultimo mese: lo 0,6% degli studenti italiani ha usato sostanze psicoattive per via iniettiva, che corrisponde all'84% di chi, durante l'anno, ha utilizzato questa modalità di assunzione.



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni)

Figura 25 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno utilizzato sostanze psicoattive per via iniettiva. ESPAD@Italia 2015

Il 2,8% degli studenti italiani (maschi: 3%; femmine: 2%) almeno una volta nella vita ha utilizzato farmaci antidolorifici (*painkillers*) con lo specifico scopo di sballare: tra coloro che ne hanno fatto uso, per la maggior parte (41%) si è trattato di un uso molto contenuto (non più di 2 volte: maschi: 38%; femmine: 44%), mentre per il 25% l'assunzione è stata più frequente (20 o più volte: maschi: 30%; femmine: 19%).

Si stima che il 2,1% degli studenti italiani (maschi: 2,5%; femmine: 1,6%) abbia utilizzato sostanze psicoattive “sconosciute” almeno una volta nella vita, senza sapere cioè cosa stesse assumendo. Il 52% circa di questi studenti le ha assunte per non più di 2 volte, ma per il 26% si è trattato di ripetere l'esperienza oltre 10 volte. Per il 56% di questi studenti le sostanze sconosciute assunte si presentavano in forma liquida, per il 54% come un miscuglio di erbe, per il 52% sotto forma di pasticche/pillole, per il 47% erano in polvere e nel 38% dei casi sotto forma di cristalli.

Gli utilizzatori di sostanze psicoattive “sconosciute” si osservano soprattutto tra coloro che durante l'anno hanno utilizzato sostanze diverse dalla cannabis: tra gli utilizzatori di eroina sono il 58%, tra chi ha utilizzato cocaina, stimolanti e/o allucinogeni rappresentano il 35% circa e sono il 2% tra i monoconsumatori di cannabis.

Le prevalenze superiori alla media nazionale riferite agli studenti che hanno consumato nella vita almeno una sostanza a loro sconosciuta, si concentrano nelle regioni centrali della penisola (Toscana, Marche, Lazio), in Sardegna, Lombardia e Friuli Venezia Giulia con valori compresi tra 2,3% e 2,5%. Al sud (ad esclusione della Basilicata), in Liguria e Veneto, invece, si rilevano prevalenze al di sotto della media nazionale.

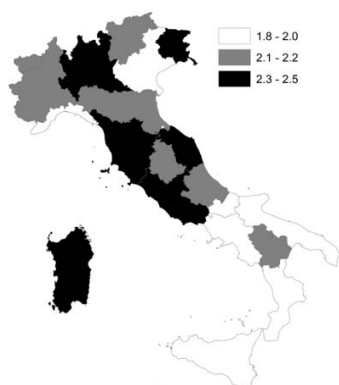
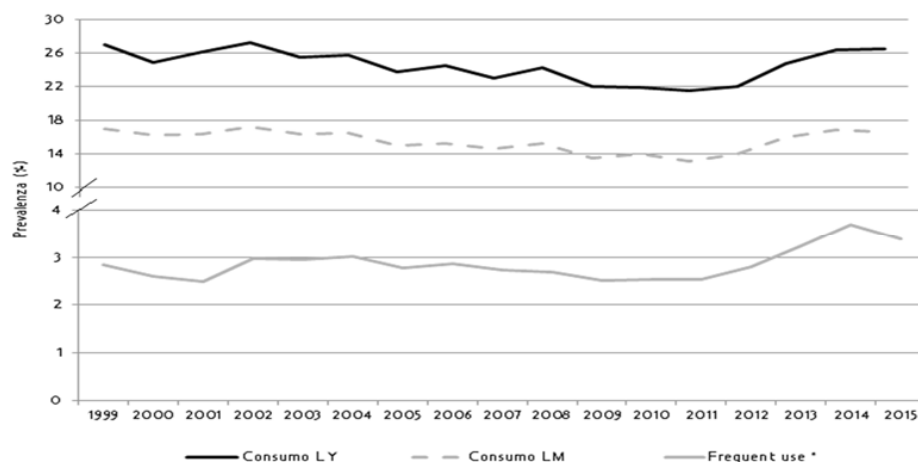


Figura 26 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato sostanze sconosciute nella vita. ESPAD®Italia 2015

Il consumo di cannabis

Dopo un decennio di andamento decrescente, si registra una ripresa dei consumi di cannabis dal 2011 al 2014, per mostrare nell'ultimo studio campionario una stabilizzazione delle prevalenze, fatta eccezione per quella riferita al consumo frequente, per la quale si osserva un decremento, passando da poco meno del 4% all'attuale 3%.



LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=20 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 27 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. ESPAD®Italia trend anni 1999-2015

Un terzo degli studenti italiani di 15-19 anni ha provato cannabis almeno una volta nella vita (maschi: 38%; femmine: 28%), mentre quasi il 27% l'ha utilizzata recentemente (maschi: 31%; femmine: 22%), prevalenze che si riducono quando si fa riferimento al consumo corrente e a quello frequente. Sono, infatti, il 17% gli studenti italiani che hanno usato cannabis nel corso del mese precedente alla somministrazione del questionario (i cosiddetti “*current users*”) e il 3% è chi ne ha fatto un uso frequente (20 o più volte nel corso dell'ultimo mese), con prevalenze che risultano superiori nel genere maschile (21% e 5%; femmine: 12% e 2% rispettivamente).

a) 15-17 anni

b) 18-19 anni