



Sostanze illegali: epidemiologia, screening sulla popolazione generale, invio al SERD
Dr.ssa Grazia Carbone- Responsabile Ser.d. Bergamo
9 Maggio 2026

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia
ASST Papa Giovanni XXIII

Classificazione delle sostanze psicoattive:

- ▶ Per assetto legale rispetto a produzione ed utilizzo
- ▶ Per struttura chimica e derivazione (oppiacei, oppioidi, benzodiazepine, barbiturici etc....)
- ▶ Per azione farmacologica (principali effetti o principali neurotrasmettitori interessati)
- ▶ Per gli effetti psichici (anche se le diverse sostanze hanno in genere effetti complessi e dai confini sfumati):
 - ▶ *psicolettica*: depressoria dell'attività mentale. (es. oppioidi, barbiturici, benzodiazepine, etanolo);
 - ▶ *psicoanalettica*: eccitatoria, stimolante, dell'attività mentale. (es. anfetamine, caffeina, cocaina, nicotina);
 - ▶ *psicodislettica*: capace di modificare la percezione, lo stato di coscienza, il comportamento (es. cannabinoidi, psichedelici)

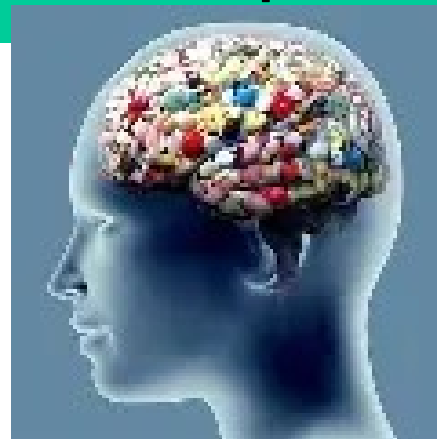
I numeri del fenomeno



Diffusione Sostanze stupefacenti illegali

- ▶ La sostanza illegale più diffusa in Italia è la cannabis, seguita dalla cocaina e dal crack
- ▶ Nel 2024, in media, **uno studente sedicenne su otto (14%) ha riferito di aver consumato una sostanza illecita almeno una volta nella vita**. I dati mostrano un calo costante del consumo di sostanze illecite (nel 2015 la prevalenza di consumo nel corso della vita era del 19%). Anche fra i giovani **la cannabis** è la sostanza più comune. **Anche se l'Italia, con il 18%, si situa sopra la media europea, registra una diminuzione significativa** rispetto alle ultime rilevazioni di quasi 10 punti percentuali (27 % sia nel 2015 che nel 2019, anni in cui sono state osservate le prevalenze più alte degli ultimi 30 anni). Anche rispetto al consumo di cannabinoidi sintetici, stimolanti e cocaina si registra una tendenza alla riduzione dei consumi nella popolazione più giovane.
- ▶ Il sistema Nazionale di Allerta Rapida per le droghe finalizzato a individuare le nuove sostanze psicoattive circolanti in Italia, in Europa e in generale nel mondo) ha identificato **79 sostanze mai rilevate prima nel nostro paese** (27% catinoni sintetici 24% cannabinoidi sintetici 8% fenetilamine 8% oppioidi sintetici)

L'uso di farmaci senza prescrizione medica fra i giovani è una preoccupazione crescente: il dato si attesta attualmente al 14% e si registrano tassi più elevati fra le ragazze (16% rispetto all'11% dei ragazzi). Tranquillanti e sedativi sono i farmaci utilizzati con maggiore frequenza (8,5 %), seguiti da antidolorifici (6,9 %) e farmaci per attenzione e iperattività (3,4 %). **La facilità percepita nel procurarsi queste sostanze** (1 studente su 5 afferma che i tranquillanti sono di facile accesso) **sottolinea la necessità di una prevenzione e di un monitoraggio mirati** dell'uso improprio dei farmaci senza prescrizione medica tra gli adolescenti. Il dato italiano conferma un quadro di consumi diffusi seppur sotto la media europea per tranquillanti e sedativi (**6,3%**) e antidolorifici (**2,9%**) e un dato sopra la media per il consumo di farmaci per l'attenzione e l'iperattività (**5,4%**).

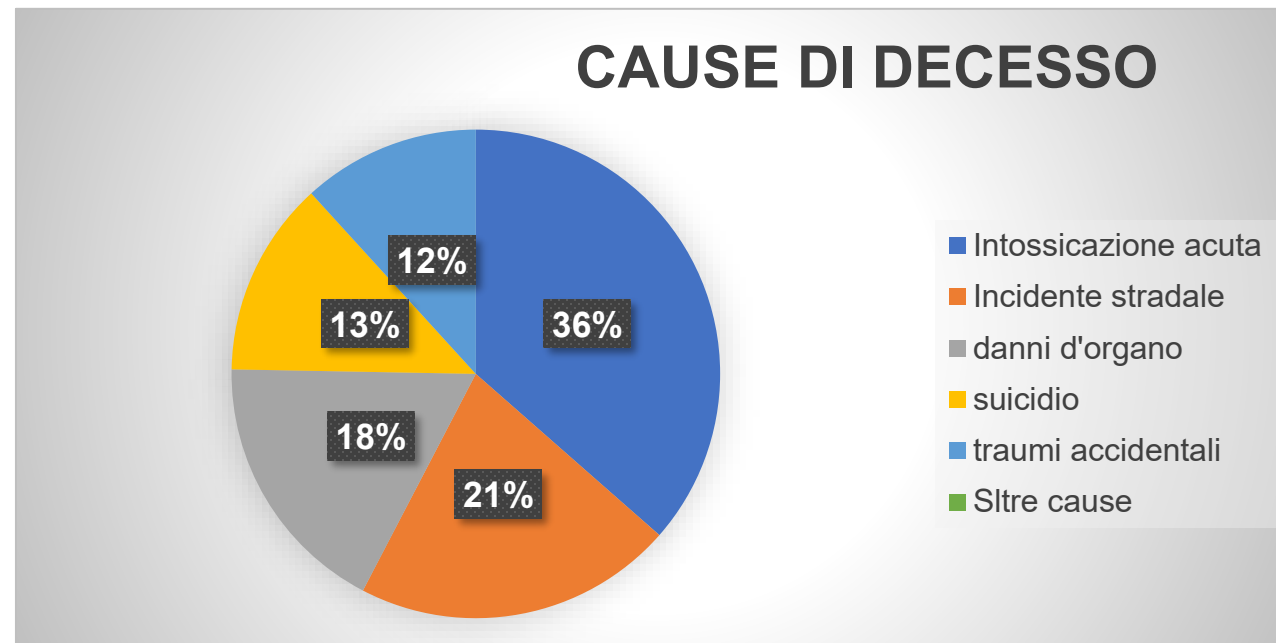


Fonte: Rapporto Espad Italia 2025

I numeri del fenomeno

Impatto sanitario e sociale

- Decessi per sostanze stupefacenti nel 2024: 231 di cui il 35% per oppiacei e altrettanto per cocaina. 27% per sostanze non specificate.



Impatto sanitario e sociale

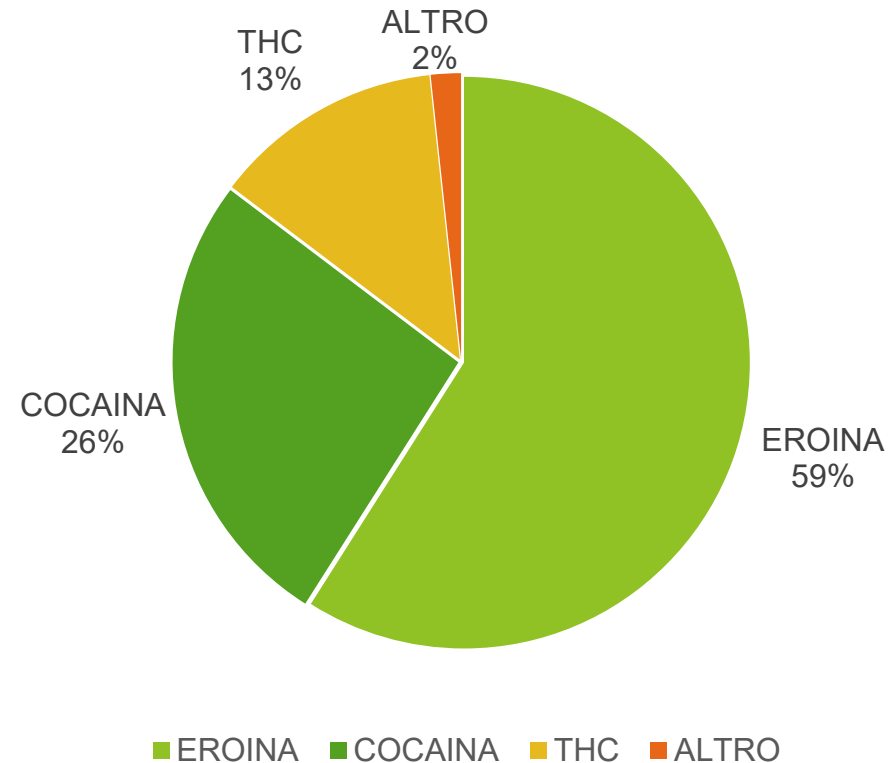
- ✓ La cocaina rappresenta la più frequente causa di accesso al Pronto soccorso per utilizzo di sostanze stupefacenti (38% su un totale di **8.378**. Per lo più uomini di età compresa fra i 25 ed i 44 anni).
- ✓ 10% degli accessi in PS hanno riguardato minorenni.
- ✓ La cocaina è anche la più frequente causa di ricoveri ospedalieri collegati ad uso di sostanze stupefacenti(30%).

| | astinenza | rinforzo | tolleranza | dipendenza | intossicazione | disturbi mentali | totale |
|----------|-----------|----------|------------|------------|----------------|------------------|--------|
| EROINA | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 6 | 16 |
| ALCOL | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 14 |
| NICOTINA | 3 | 4 | 2 | 1 | 5 | 5 | 20 |
| COCAINA | 4 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 15 |
| CAFFEINA | 5 | 6 | 5 | 5 | 6 | 4 | 31 |
| THC | 6 | 5 | 6 | 6 | 4 | 3 | 30 |

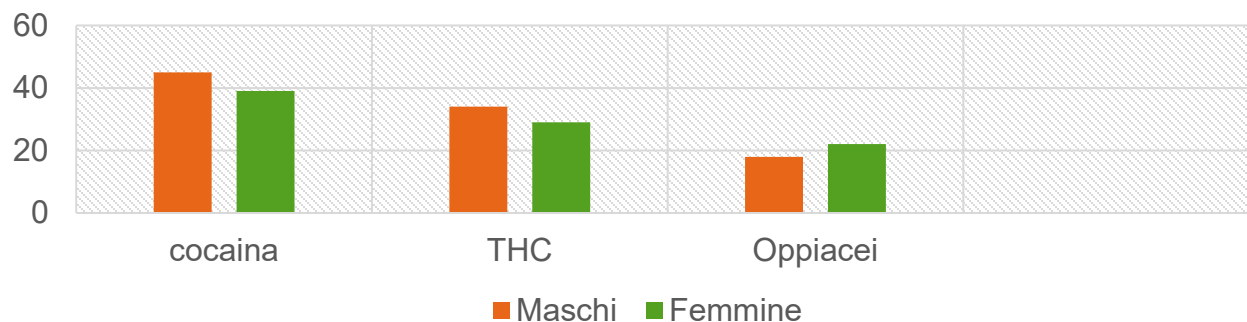
Fonte NIDA – USA (National Institute of Drug Abuse) (rivista) 2015

Popolazione Serd Italia

- ▶ Popolazione generale
 - La sostanza primaria è l'eroina (59%) seguita dalla cocaina (23% e 3,3% per il crack) e dai cannabinoidi (13%).
- ▶ Nuovi Utenti
 - Maschi: il 45% è in trattamento per uso primario di cocaina/crack, il 34% per utilizzo di cannabis e derivati e il 18% per oppiacei
 - Femmine il 39% delle nuove utenti utilizzano primariamente cocaina/crack, il 29% cannabinoidi e il 22% oppiacei
- ▶ Rimane stabile la percentuale (7%) di utenti in carico ai Servizi a cui è stata diagnosticata una patologia psichiatrica



Nuova Utenza 2024



Fonti: Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2025 - Dipartimento politiche antidroga

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE



QUALI SEGNALI?

- **FISICI:** Facile affaticamento, Ripetuti problemi fisici, Frequenti episodi simil influenzali, tosse cronica, occhi rossi e “canditi” (pallati), alterazione nella capacità di risposta alle infezioni e alla fatica, alterazioni della memoria a breve termine, cambiamenti nell’accrescimento (adolescente)
- **EMOZIONALI:** Modifiche della personalità, Improvvisi cambiamenti d’umore, rabbia, ostilità, irritabilità, sensazione di solitudine, paranoia, depressione, apatia o generale mancanza di interessi. Modificazione delle priorità personali
- **FAMILIARI e RELAZIONALI:** cambio rapporti, furti, aumento delle spese, nuove amicizie di cui si parla poco
- **SCUOLA o LAVORO:** riduzione performance e interesse

N.B. Spesso questi elementi non vengono segnalati dal paziente, ma dalla famiglia!

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE



QUALI ESAMI?

- **ESAMI EMATICI:** Stato di salute generale, IST
- **ESAMI TOSSICOLOGICI:** completano la valutazione

| | URINE | CAPELLO |
|---------------------------|--------------------------|---------------------|
| Finestra osservazione | Pochi giorni/3 settimane | Fino a circa 6 mesi |
| Falsi positivi | Basso | Alto |
| Falsi negativi | Alto | Basso |
| Facilità di adulterazione | Alta | Bassa |
| Costo | Basso | Elevato |

FALSI POSITIVI

| | FALSO POSITIVO |
|-------------------------------|-------------------|
| Chinoloni | OPPIACEI |
| Destrometorfano | OPPIACEI |
| Pseudoefedrina e Fenilefrina: | AMFETAMINE |
| Bupropione | AMFETAMINE |
| Metformina | AMFETAMINE (raro) |
| FANS | THC (raro) |
| Inibitori di Pompa | THC (raro) |
| Sertralia | BDZ |

N.B. Per la cocaina i test di screening sono generalmente altamente specifici

USO: consumo in cui, per quantità, frequenza o condizione del soggetto, **non vengono rilevate conseguenze immediate sul consumatore o sul suo ambiente.**



DISTURBO DA USO

ABUSO: Consumo eccessivo o inappropriato con conseguenze sulla salute, la vita quotidiana o le relazioni

DIPENDENZA: condizione più grave in cui il consumo di una sostanza diventa prioritario rispetto ad altre attività e/o responsabilità. (astinenza e tolleranza).

Criteria diagnostici per il Disturbo da Uso da Sostanze nel DSM-5.

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle condizioni seguenti, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

- 1) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;*
- 2) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;*
- 3) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti;*
- 4) Craving o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza;*
- 5) Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;*
- 6) Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza;*
- 7) Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;*
- 8) Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;*
- 9) Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza;*
- 10) Tolleranza;*
- 11) Astinenza*



ABUSO ANALGESICI OPPIOIDI (PAIN KILLER)

QUALI CATEGORIE?

- **PAZIENTI CON DOLORE CRONICO O POST ACUTO** in cui le terapie a base di PK hanno portato a tolleranza ed a conseguente abbandono delle dosi prescritte. L'uso prolungato di farmaci oppioidi,, può paradossalmente indurre iperalgesia. Sebbene il meccanismo molecolare non sia ancora del tutto chiaro, si pensa che l'iperalgesia da oppioidi venga causata da **alterazioni neuroplastiche** che portano a sensibilizzazione dei nocicettori e diminuzione dei **meccanismi inibitori discendenti** e si pensa che il **sistema glutaminergico** giochi il ruolo principale.
- **PAZIENTI A RISCHIO:** pazienti con pregresso DUS e nei quali la prescrizione di PK ha riattivato il craving
- **PAZIENTI CON ABUSO PRIMARIO** (Ricerca effetto euforizzante: familiari, internet, prescrizioni false)

ELEMENTO CHIAVE: MMG ↔ TDL ↔ SER.D.

NECESSITA' DI:

FORMAZIONE MIRATA SUGLI OPPIOIDI

SUPERAMENTO BARRIERE CULTURALI

APPROCCIO EQUILIBRATO TRA **APPROPIATEZZA PRESCRITTIVA E PREVENZIONE**

NECESSARIO MONITORAGGIO ATTIVO DEI PAZIENTI IN TERAPIA OPPIOIDE CRONICA



INTERVENTO



- **Astinenza (“detox”) fortemente sconsigliata**
- **Trattamento farmacologico con agonisti oppioidi = pilastro centrale**
 - **METADONE**
 - **BUPRENORFINA**
 - **BUPRENORFINA LONG ACTING** (↑ aderenza, ↑ stabilità, ↓ misuso e diversione)



A chi è ancora sveglio:
grazie per l'attenzione!

