

PARTE 7

RISPOSTE RELATIVE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

7.1 Prevenzione dei decessi droga correlati

7.1.1 Prevenzione delle overdose

7.1.2 Il Sistema di Allerta precoce e risposta rapida per le droghe: "Geo Drugs Alert"

7.2 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga correlate: vaccinazioni, programmi di scambio di siringhe, distribuzione di profilattici

7.3 Interventi relativi alla comorbidità psichiatrica

7.4 Interventi relativi alle altre implicazioni e conseguenze per la salute

7.4.1 Incidenti stradali

7.4.2 Utilizzo di tecniche di neuroimaging per la documentazione dei danni prodotti dalle sostanze psicoattive

RISPOSTE RELATIVE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

Nel corso dell'anno 2007 le attività di prevenzione delle overdose hanno riguardato la diffusione dell'informazione rischi legati all'uso delle sostanze illegali, lo sviluppo di reti per interventi di emergenza, l'implementazione di un sistema di allerta sulle sostanze in circolazione e sulle modalità di consumo pericolose ("Geo Drugs Alert") e l'affidamento domiciliare del naloxone, sia ai pazienti che ai loro familiari. A livello regionale, i progetti maggiormente finanziati sono stati quelli che prevedevano l'attivazione di unità di strada nei territori di competenza.

Nel 2007 sono state inoltre svolte dai SerT azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio di trasmissione di malattie infettive finalizzate alla riduzione del contagio tra i consumatori, in particolare per via iniettiva. Nello specifico si tratta di azioni di distribuzione di materiale informativo (nel 68,2% dei Dipartimenti/Servizi), di profilattici (53,8%) e di siringhe e/o materiale sterile (23,1%).-In merito alle vaccinazioni per le malattie infettive, il 17,7% dell'utenza dei SerT risulta vaccinata per l'epatite B nell'anno 2007.

Per quanto riguarda gli interventi relativi alla comorbidità psichiatrica, sul territorio nazionale, nel 90% dei Dipartimenti/Servizi, esiste una collaborazione col Dipartimento di salute mentale: nel 60,7% tale collaborazione è definita e strutturata e nel 28,6% questa esiste di fatto ma non risulta formalmente definita. Il paziente con problemi psichiatrici nel 70% dei servizi incontra almeno una volta al mese uno psichiatra per una visita o per una prescrizione di farmaci/esami e nel 60% circa dei casi lo incontra per colloqui e/o psicoterapia.

Relativamente al fenomeno della guida di veicoli in stato di ebbrezza e sotto l'influenza di sostanze psicoattive illegali, il numero di controlli svolti nel 2007, rispetto all'anno precedente, è cresciuto del 200% (sebbene tale aumento riguardi prevalentemente i controlli per l'alcol); studi recenti, curati dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero dei Trasporti (progetto di ricerca DATIS2), hanno evidenziato come si sia riscontrata una maggiore proporzione dei conducenti maschi e più giovani ad essere oggetto di infrazioni legate alla guida sotto influenza di sostanze psicoattive illegali.

In tema di implicazioni e conseguenze sulla salute, infine, è stata attivata una nuova linea di ricerca sulla correlazione tra neuroscienze e dipendenze volta a documentare i danni prodotti dalle sostanze stupefacenti sul cervello, i meccanismi di funzionamento del craving e del possibile controllo volontario di tale fenomeno; questi studi, condotti nell'ambito del Progetto START, introducono elementi d'interesse anche per la diagnosi delle dipendenze e per possibili nuovi trattamenti, integrando approccio clinico ed aspetti innovativi di lettura dei comportamenti di addiction mediante l'analisi dei meccanismi di funzionamento neuropsichico che stanno alla base delle condizioni che attivano e conservano lo stato di dipendenza.

7.1 PREVENZIONE DEI DECESSI DROGA CORRELATI

7.1.1 Prevenzione delle overdose

I questionari strutturati dell'EMCDDA prevedono una sezione dedicata alle politiche volte a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da sostanze psicoattive; in base alle risposte fornite, presso la metà circa delle Regioni e Province Autonome (PPAA) italiane è presente una strategia regionale o locale specifica e definita per la riduzione dei decessi per intossicazione acuta da uso di sostanze (Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria e le PPAA di Trento e Bolzano); presso tali Regioni e PPAA per tale strategia è stata effettuata o programmata la valutazione delle attività implementate. A queste nove Regioni e PPAA se ne aggiungono cinque in cui sono previsti progetti per lo sviluppo di una strategia regionale o locale per la riduzione delle overdose tra gli utilizzatori di sostanze (Abruzzo, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Puglia e Veneto).

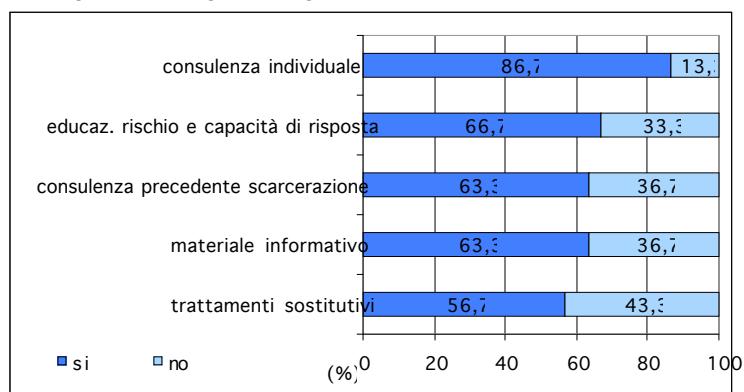
Tra gli obiettivi in questo ambito, figurano differenti azioni e livelli di riduzione del danno: incrementare le informazioni per i tossicodipendenti su come ridurre il rischio di overdose e informare sui comportamenti a minor rischio (per es. eroina assunta per inalazione invece che per via endovenosa), sviluppare attività informative sui gruppi a rischio (soggetti all'uscita dal carcere, per chi ha interrotto una terapia con antagonisti), consegna di fiale di Naloxone.

Figurano altresì attività collegate, quali lo sviluppo di reti di intervento di emergenza (operatori del 118, le FFOO), l'implementazione di un sistema di allerta e l'attenzione sulle sostanze in circolazione e sulle modalità di assunzione ritenute più pericolose, il fornire informazioni tempestive sui principi attivi presenti nelle sostanze sequestrate.

A livello regionale i progetti maggiormente finanziati sono quelli che prevedono le unità di strada attive nei territori di competenza; tra le Regioni che hanno finanziato maggiormente attività in questa direzione vi sono il Lazio ed il Piemonte, con stanziamenti nel 2007 rispettivamente di complessivi 1.450.000 € e 900.000 €.

Le specifiche attività svolte a livello dipartimentale nel 2007 riguardano: gli interventi di consulenza sul rischio a livello di singolo individuo (86,7%), di educazione al rischio e alla capacità di risposta in situazioni di emergenza (riconoscere l'overdose, rispondere in maniera adeguata riguardo alla posizione da assumere in caso di emergenza) (66,7%), gli interventi che precedono la scarcerazione (come consulenze sull'aumento dei rischi a inizio o prosecuzione di trattamenti sostitutivi) e la distribuzione di materiale informativo (63,3%) ed i trattamenti sostitutivi con oppioidi (56%) (Grafico 7.1).

Grafico 7.1: Distribuzione percentuale delle attività di prevenzione delle overdose da parte dei Dipartimenti per le dipendenze. Anno 2007.

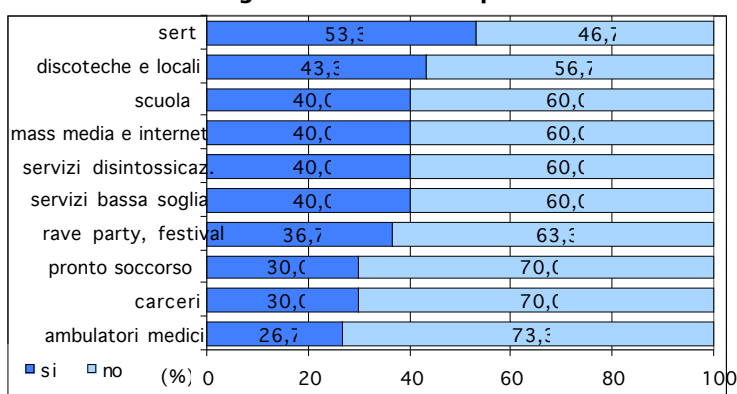


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

La distribuzione di materiale informativo (Grafico 7.2) è stata sia azione di prevenzione secondaria che primaria, attuata nel primo caso presso luoghi ad alta concentrazione di soggetti esposti ad episodi di overdose, come per esempio nel 53% dei servizi pubblici per le tossicodipendenze, nei servizi per la disintossicazione o in quelli a bassa soglia (40%), nelle carceri, pronto soccorso (30%) e ambulatori medici (27%).

E' stata inoltre svolta un'azione di prevenzione primaria attraverso la distribuzione di materiale informativo in luoghi potenzialmente a rischio come le discoteche ed i locali notturni (43%), la scuola (40%) i rave party, i festival (36,7%).

Grafico 7.2: Distribuzione percentuale della presenza del materiale informativo sui rischi da overdose nei luoghi in cui è stato disponibile nel corso del 2007.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Per concludere, nell'ambito della gestione del rischio overdose, nel 62% dei Dipartimenti/Servizi è utilizzato l'affidamento domiciliare del naloxone, sia ai pazienti in carico che ai loro familiari.

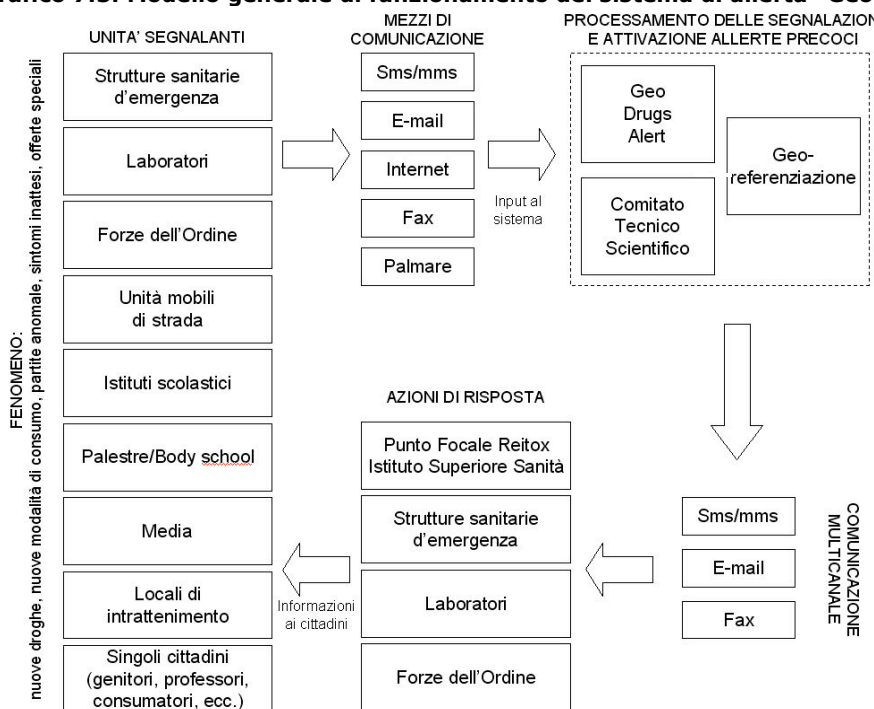
7.1.2 Il Sistema di allerta precoce e risposta rapida per le droghe: "Geo Drugs Alert"

Sulla base della decisione 2005/387/GAI del Consiglio Europeo è nata la necessità di sviluppare in Italia un sistema di allerta rapida che metta le organizzazioni e gli enti deputati alla protezione della salute pubblica nella condizione di gestire le situazioni di rischio legate alla produzione, alla diffusione, al consumo di nuove droghe, alle nuove modalità di utilizzo delle stesse e, quindi, alle intossicazioni e/o alle morti per overdose¹.

Dopo un'approfondita analisi dei sistemi di allerta precoce in vari ambiti e Paesi, è stato elaborato un modello di sistema efficace ed innovativo in grado di rilevare precocemente la comparsa di sostanze o di combinazioni di sostanze particolarmente tossiche, di attivare selettivamente ed efficacemente la rete dei servizi e delle organizzazioni per garantire una risposta rapida sul territorio e, contemporaneamente, di segnalare al Punto Focale Nazionale Reitox il fenomeno rilevato per la diffusione delle informazioni all'interno del network europeo. Il tutto avviene all'insegna della tempestività, indispensabile nel cogliere il fenomeno, e della rapidità, necessaria nell'attivare le azioni di risposta che le unità operative, dislocate sul territorio, devono adottare per fronteggiare gli eventi.

¹ Vedi Paragrafo 12.12 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

Grafico 7.3: Modello generale di funzionamento del sistema di allerta "Geo Drugs Alert".



Il sistema di allerta elaborato si basa su un innovativo software WEB, "Geo Drugs Alert", che raccoglie informazioni sui fenomeni come la comparsa di sostanze atipiche, di sintomi inattesi successivi al consumo, la comparsa di partite anomale di droga o di prezzi particolarmente ribassati, nonché la comparsa di nuove modalità di consumo.

Il sistema riceve le informazioni (input) via Internet, e-mail, sms, mms, fax, palmare.

Le segnalazioni ricevute possono essere inviate da operatori specializzati (strutture sanitarie, laboratori, Forze dell'Ordine, unità mobili di strada, ecc.), da organizzazioni del privato sociale, giornalisti, luoghi di intrattenimento, scuole, genitori, professori.

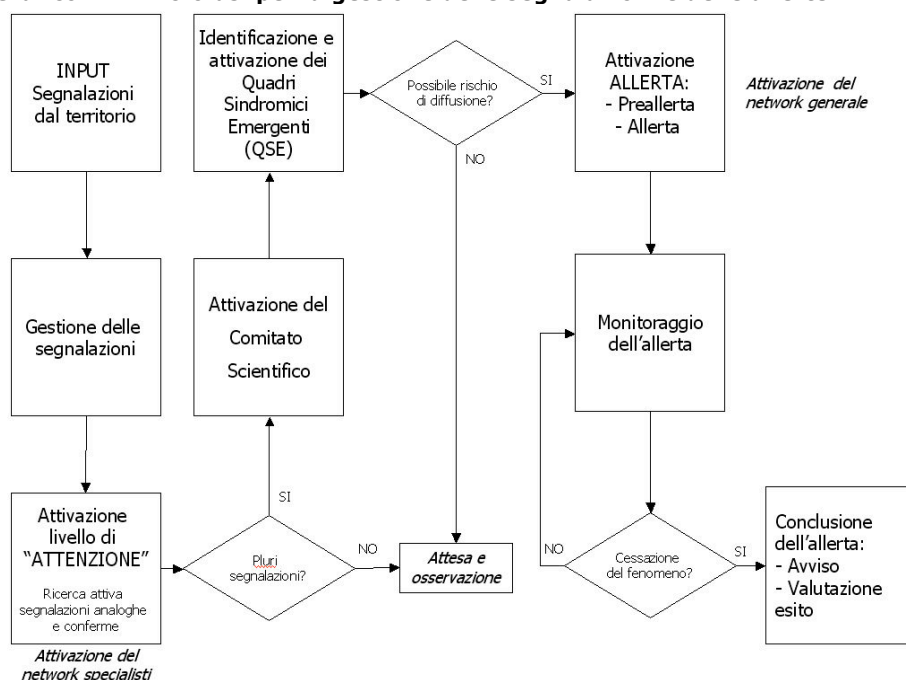
Un Comitato Tecnico Scientifico processa le informazioni in input e decide se attivare un livello di attenzione tra la comunità scientifica, per un maggiore studio sul fenomeno o, qualora il caso lo richieda, uno stato di allerta, cui corrispondono preconcordate misure di risposta delle unità operative.

Il software consente di "georeferenziare" le segnalazioni in input e di confrontare la loro localizzazione con le mappe delle vie di traffico e di spaccio fornite e periodicamente aggiornate dalle Forze dell'Ordine.

La georeferenziazione consente di individuare la comparsa e la diffusione geografica dei fenomeni e quindi quali sono le aree a più alto rischio di intossicazione da allertare in via prioritaria.

I destinatari delle allerte, cioè il Punto Focale Nazionale, l'Istituto Superiore di Sanità, le strutture sanitarie, i laboratori, le Forze dell'Ordine, i media, le organizzazioni del privato sociale, gli istituti scolastici e i locali di intrattenimento, sono selezionati personalizzando il messaggio che accompagna la segnalazione di allerta. Infine tale segnalazione viene inviata attraverso il sistema "multicanale", raggiungendo qualsiasi tipo di struttura anche quella meno attrezzata, e, addirittura, la singola persona collocata sul territorio e collegata al sistema con un semplice telefono cellulare.

Grafico 7.4: Microfasi per la gestione delle segnalazioni e delle allerte.



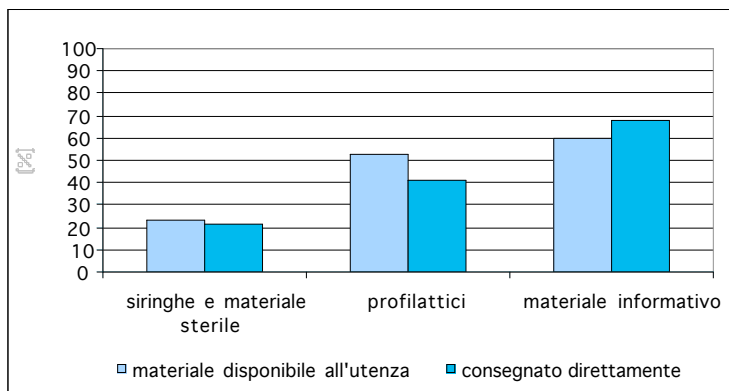
7.2 PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE: VACCINAZIONI, PROGRAMMI DI SCAMBIO DI SIRINGHE, DISTRIBUZIONE DI PROFILATTICI

L'analisi dei questionari strutturati dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze² evidenzia nel 2007 la presenza di azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio di trasmissione di malattie infettive finalizzate alla riduzione del contagio tra i consumatori di sostanze psicoattive, in particolare per via iniettiva.

Nello specifico si tratta di azioni di distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, profilattici, materiale informativo, che avvengono sia con la modalità del materiale disponibile all'utenza che attraverso la distribuzione e la consegna direttamente ai destinatari (entrambe le modalità spesso sono compresenti nello stesso Dipartimento/Servizio).

Le iniziative di distribuzione di siringhe risultano essere attive nel 23,1% dei Dipartimenti come materiale disponibile e nel 21,7% con modalità di distribuzione proattiva. La disponibilità di profilattici è presente in percentuale maggiore (53,8%) rispetto alla distribuzione proattiva (41,2%). La diffusione di materiale informativo sulla prevenzione dei rischi di diffusione delle malattie infettive è il metodo più diffuso; nel 60% dei casi è reso disponibile all'utenza presso i servizi e nel 68,2% viene distribuito e consegnato direttamente agli utenti (Grafico 7.5).

² Vedi Paragrafo 12.3 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

Grafico 7.5: Distribuzione percentuale delle azioni di prevenzione del rischio di infezione**all'interno dei Dipartimenti/Servizi secondo la modalità di distribuzione, nel 2007.**

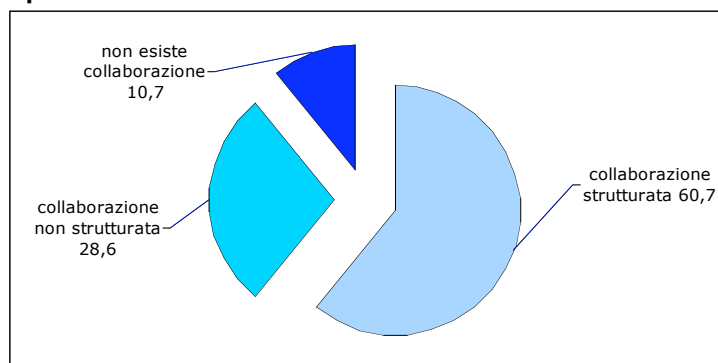
Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Infine, i SerT eseguono le vaccinazioni per l'epatite B ed altre profilassi per le malattie infettive; attraverso i dati SIMI@Italia³ si è stimato che il 17,7% dell'utenza dei servizi risulta vaccinata per l'epatite B nell'anno 2007.

7.3 INTERVENTI RELATIVI ALLA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA

La pianificazione dei trattamenti rivolti a soggetti con uso problematico di sostanze psicoattive non può prescindere dalla valutazione sull'eventuale concomitanza di patologie psichiatriche, che influiscono sul processo e sull'esito dell'intervento stesso; ciò comporta una necessaria organizzazione e relativa specializzazione dei servizi territoriali, che per far fronte a tali esigenze possono dotarsi di competenze psichiatriche all'interno del servizio e/o collaborare con il Dipartimento di Salute Mentale.

A questo proposito, in base ai dati raccolti presso i Dipartimenti/Servizi all'interno dell'indagine SIMI@Italia, si evidenzia come solo nel 11% dei casi non esista una collaborazione tra Dipartimento per le dipendenze/SerT e Dipartimento di Salute Mentale. Mentre nel 61% delle situazioni tale collaborazione è definita e strutturata, nel restante 28% tale collaborazione esiste di fatto anche se non è formalmente strutturata (Grafico 7.6).

Grafico 7.6: Distribuzione del tipo di collaborazione tra Dipartimento per le dipendenze e Dipartimento di salute mentale nel 2007.

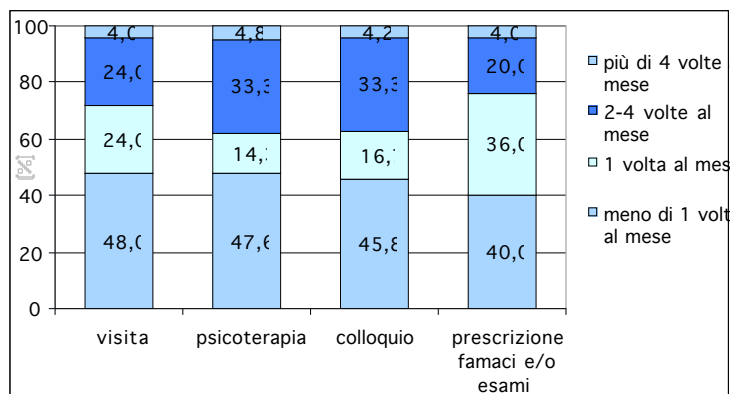
Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

La specificità della presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi si evidenzia inoltre attraverso l'intervento diretto di un medico specialista in psichiatria in

³ Vedi Paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

aggiunta all'equipe multidisciplinare del servizio: presso i Dipartimenti per le dipendenze/SerT, un paziente con problemi psichiatrici nella metà circa dei casi (48%) incontra uno psichiatra per una visita meno di una volta al mese e nella restante metà una o più volte (nel 4% dei casi quattro volte al mese). Colloqui e psicoterapia vengono effettuati in egual misura in poco meno della metà dei casi una volta al mese, nel 33,3% tra le due e le quattro volte. Un paziente con problemi psichiatrici incontra uno psichiatra per la prescrizione di farmaci o esami clinico-diagnostici una o più volte al mese nel 60% dei casi (Grafico 7.7).

Grafico 7.7: Distribuzione percentuale della frequenza mensile con cui un paziente con doppia diagnosi incontra uno psichiatra secondo la tipologia di incontro, nel 2007.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

7.4 INTERVENTI RELATIVI ALLE ALTRE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

7.4.1 Incidenti stradali

Nell'ultimo ventennio, per il diffondersi a livello planetario del consumo delle droghe, il numero di ricerche scientifiche dedicate al problema "Droga & Guida" è aumentato significativamente. In base ai dati raccolti da vari studi si può prevedere che si determini, come per l'alcol, una crescita rapida, non lineare, del rischio relativo all'aumentare della concentrazione delle sostanze psicoattive illegali nel sangue del conducente. In generale è inoltre plausibile presumere che il rischio indotto dalle sostanze illegali interagisca in modo significativo con quello indotto dall'alcol, quando anche questo sia stato assunto dal conducente⁴.

Si forniscono di seguito, alcuni elementi riguardanti la situazione italiana attuale del fenomeno della guida sotto l'influenza delle droghe (che indicheremo nel seguito con l'acronimo internazionale di DUI, che sta per "Driving Under the Influence", acronimo utilizzato anche nel caso in cui la sostanza sia l'alcol etilico).

Al fine di chiarire maggiormente alcuni punti di particolare rilevanza, includeremo anche gli aspetti relativi alla guida in stato di ebbrezza. Questa scelta è motivata da diverse ragioni, tra le quali :

- le conoscenze maturate sulla guida in stato di ebbrezza sono ben consolidate;
- gli effetti indotti dall'alcol interagiscono con quelli delle droghe e sono molti i conducenti che guidano sotto l'influenza congiunta di alcol e droghe.

⁴ La presente relazione è stata curata da Franco Taggi (Reparto "Ambiente e Traumi", Dipartimento "Ambiente e connessa Prevenzione Primaria", Istituto Superiore di Sanità); hanno collaborato Teodora Macchia (Aspetti tossicologici, epidemiologici e analitici della DUI), Marco Giustizi (Aspetti epidemiologici e statistici della DUI), Ministero dei Trasporti, PolStrada, Arma CC e Regione Toscana.

Il monitoraggio del fenomeno DUI

I controlli svolti dalle Forze dell'Ordine (FFOO) si possono dividere in controlli per "fondato sospetto" e "casuali". I primi hanno lo scopo di identificare - e mettere in condizioni di non nuocere - conducenti che manifestano comportamenti non compatibili con una guida sicura; si tratta quindi di azioni di prevenzione mirata su specifici conducenti. I risultati di questi controlli (in numero e tipologia) dipendono, peraltro, strettamente dalle attività messe in atto dalle FFOO, che possono variare in funzione del tempo e del territorio.

I controlli casuali, invece, sono indispensabili per aumentare la conoscenza dell'andamento del fenomeno e riguardano quindi l'intera popolazione dei conducenti. Mentre i controlli per fondato sospetto servono per identificare singoli conducenti che guidano in stato DUI (un pericolo contingente per la sicurezza stradale), i controlli casuali mirano a farci conoscere la percentuale dei conducenti DUI (e quindi hanno come target l'intera popolazione dei conducenti). Quest'ultimo obiettivo (quello di quantificare caratteristiche riguardanti tutti i conducenti, nel nostro caso la proporzione di conducenti DUI) è di grande rilievo per indirizzare azioni di prevenzione e per permettere la valutazione dell'efficacia delle campagne di prevenzione o di iniziative messe in atto per il contenimento del fenomeno.

Grazie all'informazione derivante da controlli casuali siamo in grado di allocare al meglio le risorse, di accorgerci per tempo di cambiamenti importanti, di evitare di insistere in azioni che non mostrano di avere efficacia per la riduzione del fenomeno.

Programmi generali di controlli casuali su strada sono stati da tempo messi in atto in diversi paesi con lo scopo di quantificare la proporzione di coloro che guidano in stato di ebbrezza; nel caso delle droghe questo non è ancora avvenuto. Le ragioni sono prevalentemente legate a problemi di praticabilità dei controlli stessi. Infatti, mentre nel caso dell'alcol questi controlli sono relativamente rapidi, agevoli, non invasivi mediante l'uso di etilometri, nel caso delle droghe le cose sono più complicate; le molecole di interesse sono diverse (quante sono le droghe e i loro metaboliti attivi) e la loro rilevazione non può servirsi dell'espirsto, bensì necessita di altri materiali biologici quali sangue, saliva, traspirato. Inoltre, i risultati positivi che così si ottengono debbono essere poi confermati da prove di laboratorio, effettuate con metodi di adeguata accuratezza (i dispositivi per le valutazioni su strada possono infatti fornire false positività).

Va infine sottolineato che in questi controlli non si possono rilevare tutte le sostanze, ma solo alcune di esse, che vengono scelte in genere tra quelle più usate.

Nel nostro paese la DUI è trattata dal Codice della Strada negli articoli 186 ("Guida sotto l'influenza dell'alcool") e 187 ("Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti"), che sono stati oggetto di importanti modifiche introdotte con leggi emanate nel 2001, 2002, 2003 e nel 2007. L'attuale limite legale dell'alcolemia di un conducente è stato fissato a 0,5 grammi di alcol etilico per litro di sangue, limite comune a diversi altri paesi europei.

Per descrivere il fenomeno DUI si sono scelte due fonti di dati di rilievo nazionale: quella relativa ai risultati dei controlli per fondato sospetto svolti da parte delle FFOO e quella dei dati contenuti nell'archivio della Patente a Punti. Successivamente, si mostreranno anche i risultati di uno studio (non ancora pubblicato) svolto nella regione Toscana su soggetti che afferivano al Pronto Soccorso dopo essere stati coinvolti in un incidente stradale (si osservi che in quest'ultimo caso i controlli sono di tipo casuale, ma la popolazione di riferimento non è quella della generalità dei conducenti bensì dei soli infortunati in incidente stradale).

I controlli per “fondato sospetto” di DUI svolti dalle FF.OO.

Nella Tabella 7.1 sono riportati i risultati dei controlli svolti nel 2006 e nel 2007 dalla Polizia Stradale e dall’Arma dei Carabinieri per la guida in stato di ebbrezza e sotto l’influenza di sostanze psicoattive illegali.

Il numero di controlli svolti nel 2007, rispetto all’anno precedente, è enormemente cresciuto (+ 200%). Va precisato che questo aumento riguarda essenzialmente i controlli per l’alcool, essendo stata consistentemente potenziata la strumentazione (alcolimetri) in dotazione alle FFOO.

Importante è cercare di capire se a questo aumento del numero di controlli abbia fatto seguito un qualche effetto deterrente per la DUI; in base all’analisi dei dati riportati nella Tabella 7.2 questo effetto sembra desumibile per l’alcool, mentre nel caso delle droghe il giudizio rimane per ora sospeso.

Nel 2006 i conducenti trovati al di sopra del limite legale di alcolemia (0,5 g/l) erano il 15% del totale dei soggetti controllati (36.317 casi). I soggetti positivi all’alcool (> 0,5g/l) sono stati nel 2007 pari al 6% dei soggetti controllati (47.206), con una diminuzione rispetto al 2006 di ben 9 punti percentuali.

Tabella 7.1: Controlli svolti nel 2006 e nel 2007 dalla Polizia Stradale e dall’Arma dei Carabinieri per la guida in stato di ebbrezza e sotto l’influenza di sostanze psicoattive illegali.

| | 2006 | 2007 |
|------------------------|---------|---------|
| N° controlli | 241.935 | 790.319 |
| BAC positivi | 36.317 | 47.206 |
| BAC positivi (valore%) | 15.0 | 5.97 |
| Droghe positivi | 3.416 | 4.515 |

L’entità di questa differenza è tale da suggerire che la proporzione di guida in stato di ebbrezza nella popolazione dei conducenti sia sensibilmente diminuita, presumibilmente per la consapevolezza dell’accresciuta probabilità di incappare in un accertamento a causa del massiccio incremento del numero di controlli.

Nel caso delle sostanze psicoattive illegali non siamo attualmente in grado di svolgere una analoga valutazione in quanto il numero dei controlli effettuati in merito nel 2006 e nel 2007 non è ancora definitivo.

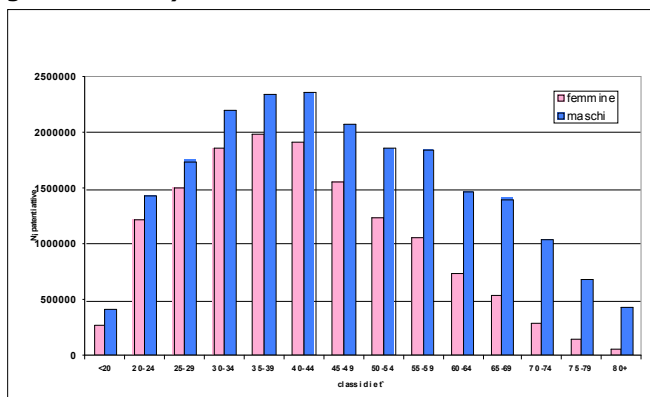
I dati della Patente a Punti relativi alla DUI

Nel Grafico 7.8 è mostrata la distribuzione per sesso e classi di età (al primo gennaio del 2008) del numero di titolari di patenti di guida attive in Italia.

Questo numero è pari a 35.514.454 (20.980.350 maschi, 13.534.104 femmine). Il 58% degli italiani ha la patente per la guida di un veicolo a motore (senza contare i numerosissimi giovani che hanno il patentino per la guida del ciclomotore).

I titolari di patente al di sotto dei 30 anni sono 6.449.321 (3.515.099 maschi, 2.934.222 femmine); quelli di 65 e più anni ammontano a 2.688.904 (2.155.671 maschi, 533.233 femmine).

Come può osservarsi le differenze di genere nel possesso della patente di guida sono minori nella popolazione giovanile.

Grafico 7.8: Distribuzione per sesso ed età del numero di titolari di patenti attive (al 1 gennaio 2008).

Fonte: ISS (Dipartimento Ambiente e connessa Prevenzione Primaria)

In relazione a questa "popolazione" di conducenti di veicoli a motore, abbiamo una fonte di dati, anch'essa con caratteristiche non casuali, costituita dall'archivio della Patente a Punti (PaP), realizzato presso il Ministero dei Trasporti. Come noto, dal 2003 ai conducenti vengono inizialmente assegnati 20 punti. Se il conducente compie particolari infrazioni al Codice della Strada parte di questi punti vengono detratti. Esauriti i punti in dotazione, il conducente non può più guidare e deve seguire un "corso di recupero punti", superato il quale la patente risulta nuovamente attiva.

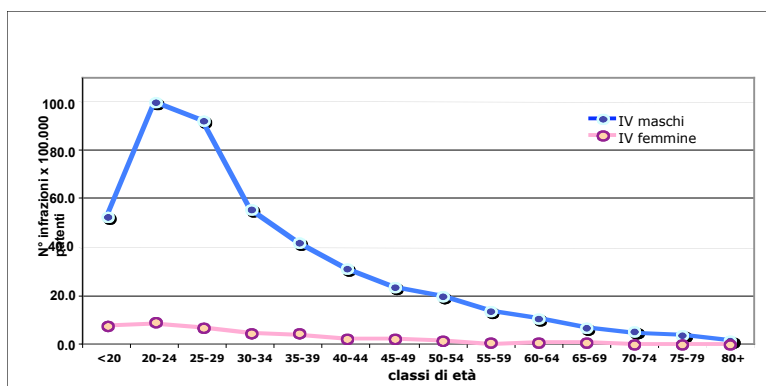
La guida in stato di ebbrezza e quella sotto l'influenza di sostanze stupefacenti psicoattive illegali sono due di tali infrazioni cui corrisponde la massima detrazione per singola infrazione consistente in 10 punti.

Siamo quindi in grado di stabilire quanto un certo gruppo di patentati (ad es., il gruppo dei maschi di età compresa tra 20 e 24 anni) manifesti propensione ad infrangere le norme del codice di interesse per la PaP, nel caso presente gli articoli 186 e 187. Tale quantificazione viene fatta tramite l'Indice di Violazione (IV), che è stato messo a punto dall'ISS e dal Ministero dei Trasporti nel corso del progetto di ricerca DATIS2. Questo indice è dato dal rapporto tra le infrazioni registrate nell'archivio della PaP relative a un certo gruppo di conducenti e il numero di patentati presenti nel gruppo stesso.

Come ora vedremo, l'utilizzo dell'IV può permetterci di caratterizzare meglio, in relazione al sesso e all'età, i conducenti DUI.

Col Grafico 7.9 si può osservare l'andamento dell'IV relativo alla guida in stato di ebbrezza alcolica per sesso e classi di età (dati della PaP relativi all'anno 2007). I valori più elevati dell'IV si riscontrano per i conducenti maschi, particolarmente nei maschi tra 20-29 anni dove si registrano 90-100 infrazioni all'art.186 ogni 100.000 patenti. In corrispondenza, i valori dell'IV per le femmine sono per tutte le età inferiori a 10 casi ogni 100.000 patenti.

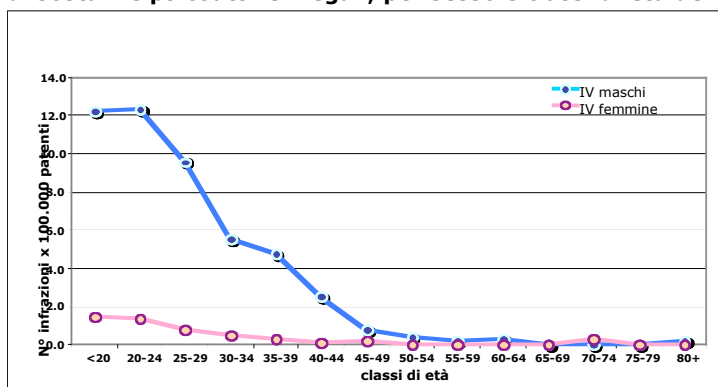
Grafico 7.9: Andamento dell'IV (Indice di Violazione) relativo alla guida in stato di ebbrezza alcolica, per sesso e classi di età dei conducenti.



Fonte: ISS (Dipartimento Ambiente e connessa Prevenzione Primaria)

Analoga situazione si riscontra per le infrazioni legate alla guida sotto influenza di sostanze psicoattive illegali (Grafico 7.10), dove l'IV nei conducenti maschi più giovani raggiunge il valore di circa 12 infrazioni ogni 100.000 patenti, contro circa 1 infrazione (o meno) nel caso delle femmine.

Grafico 7.10: Andamento dell'IV (Indice di Violazione) relativo alla guida sotto l'influenza di sostanze psicoattive illegali, per sesso e classi di età dei conducenti.



Fonte: ISS (Dipartimento Ambiente e connessa Prevenzione Primaria)

Data l'entità delle differenze dell'IV riscontrate per sesso ed età dei conducenti, sembra razionale prestare particolare attenzione nei controlli per la guida in stato di ebbrezza alcolica e per quella sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, ai conducenti maschi più giovani.

Si osservi che l'IV qui considerato è stato costruito su risultati derivanti da controlli per fondato sospetto: esso fornisce quindi una misura statisticamente distorta della propensione dei diversi gruppi a violare gli articoli 186 e 187.

Se invece i controlli fossero stati casuali, allora avremmo avuto una misura statisticamente valida per tutta la popolazione dei conducenti.

Un recente studio epidemiologico della Regione Toscana sulla DUI tra soggetti afferenti ai Centri di Pronto Soccorso in seguito ad incidente stradale

In questo studio, al momento dell'accesso al Pronto Soccorso, i soggetti venivano controllati in relazione ad un loro recente consumo di droghe e/o alcol. Si osservi che in questo modo non stiamo valutando la situazione su strada, ovvero lo stato dei conducenti transitanti, bensì le caratteristiche di soggetti incorsi in incidente stradale. Nella ricerca in esame sono stati contattati al Pronto Soccorso 997 soggetti.

Circa un quarto di questi (26,3%) ha rifiutato di partecipare allo studio.

E' ragionevole pensare che questi rifiuti, come spesso avviene in analoghe problematiche, siano fortemente associati ad uno stato DUI. Dunque, le proporzioni che successivamente mostreremo sono verosimilmente sottostimate rispetto alla reale situazione. Al netto dei rifiuti, i soggetti che hanno acconsentito a partecipare allo studio sono stati 735, di cui 62% maschi e 38% femmine, di età mediana pari a circa 34 anni.

La gran parte del campione studiato (75%) era costituito da conducenti.

Per quanto riguarda l'alcol, il 92,9% dei casi aveva alcolemia nulla; l'1,5% presentava alcolemia sopra 0 ma al di sotto del limite legale (0,5 g/l); il 5,6% aveva invece alcolemia al di sopra del limite legale. Il 7,10% dei soggetti risulta positivo all'alcol (1 su 14), mentre il 3,55% risulta positivo alle droghe (1 su 28); suddividendo il dato per generale positività all'alcol erano del 9,9% nel caso dei maschi, del 2,5% nel caso delle femmine (circa un maschio su 10, circa una femmina su 40) e per quel che riguarda le droghe, le positività erano del 4,2% nei maschi (1 su 24) e del 2,9% nelle femmine (1 su 35).

Le proporzioni di positività all'alcol nelle diverse classi di età raggiungono il picco nella classe 46-55 anni (risultato che conferma che l'alcol è un problema di tutte le età, non solo dei più giovani). Le proporzioni di positività alla droga mostrano invece un andamento decrescente dalle età più giovani a quelle meno giovani.

Tabella 7.2: Proporzioni di positività per alcol e droghe in funzione delle età dei soggetti (studio epidemiologico sulla DUI al Pronto Soccorso - Regione Toscana).

| Età | N° soggetti | positivi all'alcol | % positivi all'alcol | positivi alle droghe | % positivi alle droghe |
|---------------|-------------|--------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| 18-25 | 171 | 13 | 7.60 | 7 | 4.09 |
| 26-35 | 213 | 13 | 6.10 | 10 | 4.69 |
| 36-45 | 159 | 10 | 6.29 | 6 | 3.77 |
| 46-55 | 73 | 9 | 12.33 | 2 | 2.74 |
| 56-65 | 59 | 4 | 6.78 | 1 | 1.69 |
| 65+ | 57 | 3 | 5.26 | 0 | 0.00 |
| Totale | 732 | 52 | 7.10 | 26 | 3.55 |

Tra i conducenti di auto, l'8% risultava positivo all'alcol, il 4% positivo alle droghe. Tra i conducenti delle due ruote motorizzate, invece, il 5% risultava positivo all'alcol, il 5% positivo alle droghe.

Tra coloro che accedevano al Pronto Soccorso nel week-end (dalle 20.00 del venerdì alle 8.00 del lunedì) il 16% risultava positivo all'alcol, il 4,3% positivo alle droghe.

Invece, tra coloro che accedevano al Pronto Soccorso negli altri giorni il 4% risultava positivo all'alcol, il 3,8% positivo alle droghe.

In relazione all'ora di accesso al Pronto Soccorso (Tabella 7.3) le positività per l'alcol sono specificatamente legate alle ore serali e notturne; quelle per droga, pur avendo un picco a notte inoltrata (11,8%), appaiono interessare anche le ore pomeridiane.

Tabella 7.3: Ora di accesso al Pronto Soccorso e positività riscontrate per alcol e droghe (studio epidemiologico sulla DUI al Pronto Soccorso - Regione Toscana).

| Ora di accesso | N° soggetti | positivi all'alcol | % positivi all'alcol | positivi alle droghe | % positivi alle droghe |
|----------------|-------------|--------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| 0:00-3:59 | 42 | 15 | 35.71 | 1 | 2.38 |
| 4:00-7:59 | 34 | 9 | 26.47 | 4 | 11.76 |
| 8:00-11:59 | 137 | 0 | 0.00 | 2 | 1.46 |
| 12:00-15:59 | 176 | 5 | 2.84 | 4 | 2.27 |
| 16:00-19:59 | 235 | 12 | 5.11 | 11 | 4.68 |
| 20:00-23:59 | 108 | 11 | 10.19 | 5 | 4.63 |
| Totale | 732 | 52 | 7.10 | 27 | 3.69 |

In relazione alla valutazione clinica del soggetto al momento dell'accesso, può osservarsi in Tabella 7.4 come i positivi all'alcol siano particolarmente presenti nelle fasce più gravi (codici gialli e rossi). Meritevole tuttavia di particolare attenzione è l'alta proporzione di positivi alla droga tra i codici rossi (soggetti in pericolo di vita immediato).

Tabella 7.4: Valutazione clinica del soggetto al momento dell'accesso al Pronto Soccorso e proporzioni di positività riscontrata per alcol e droghe (studio epidemiologico sulla DUI al Pronto Soccorso - Regione Toscana).

| Codice gravità | N° soggetti | positivi all'alcol | % positivi all'alcol | positivi alle droghe | % positivi alle droghe |
|----------------|-------------|--------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| rosso | 41 | 5 | 12.20 | 8 | 19.51 |
| giallo | 62 | 8 | 12.90 | 0 | 0.00 |
| celeste | 352 | 20 | 5.68 | 12 | 3.41 |
| verde | 251 | 16 | 6.37 | 7 | 2.79 |
| bianco | 5 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Totale | 711 | 49 | 6.89 | 27 | 3.80 |

Per quanto riguarda le sostanze indagate (cocaina, THC, oppioidi), i risultati ottenuti sono riportati nella tabella seguente.

Tabella 7.5: Sostanze psicoattive illegali indagate (Cocaina, THC, Oppioidi) e positività riscontrate (studio epidemiologico sulla DUI al Pronto Soccorso - Regione Toscana).

| Sostanza | negativi | positivi | % positivi |
|---------------|----------|----------|------------|
| cocaina | 725 | 10 | 1.36 |
| THC | 725 | 10 | 1.36 |
| oppioidi | 726 | 9 | 1.22 |
| alcol + droga | 666 | 69 | 9.39 |

Sulle nostre strade circolano tuttora conducenti che sono stati più volte trovati dalle FFOO positivi all'alcol e/o alle droghe. E non pochi di questi si sono resi responsabili (anche più di una volta) di incidenti stradali gravi o mortali.

L'Istituto Superiore di Sanità ha mostrato da tempo, con l'utilizzo di un modello matematico-statistico, come un conducente trovato positivo all'alcol e/o alle droghe almeno due volte guidi verosimilmente quasi sempre in uno stato alterato. Appare quindi utile creare e mettere a disposizione delle Commissioni Mediche Locali (CML) un archivio contenente la storia di ogni conducente. Tale archivio, che potrebbe essere un sottocorpo di altri archivi già esistenti, quale quello della Patente a Punti, permetterebbe alle CML di poter prendere decisioni in base a tutta la storia di guida del conducente, non già solo sul fatto contingente cui sono chiamate a giudicare. Naturalmente, detto archivio sarebbe

di utilità anche per altre autorità che debbano prendere decisioni riguardanti un conducente DUI.

E' bene sottolineare che tutte le azioni qui indicate hanno in comune un obiettivo di diminuire il più possibile nella popolazione generale dei conducenti la proporzione dei conducenti DUI.

7.4.2 Utilizzo di tecniche di neuroimaging per la documentazione dei danni prodotti dalle sostanze psicoattive

Nell'ambito del Progetto Start sviluppatosi dal 2005 al 2007, realizzato dal Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Regione del Veneto, con la partecipazione e la collaborazione delle Regioni e delle PPAA è stato attivato e approfondito un nuovo filone di studi sugli aspetti delle neuroscienze correlati alle dipendenze ed in particolare attivando studi e ricerche anche mediante tecniche avanzate di neuroimaging in grado di documentare i danni prodotti dalle sostanze stupefacenti sul cervello ma anche i meccanismi di funzionamento del craving e del possibile controllo volontario di tale fenomeno. Questa nuova linea di ricerca è stata attuata anche mediante l'attivazione di collaborazioni scientifiche con l'Ernest Gallo Clinic Research Centre - University of California, Brookhaven National Laboratory che hanno portato alla creazione di un momento formativo e congressuale internazionale sulle neuroscienze (<http://ang.dronet.org/congresso.html>). E' stato, quindi, realizzato un manuale per operatori "Elementi di Neuroscienze e dipendenze" (http://ang.dronet.org/congresso_book.html) in seguito diffuso a tutti i servizi del territorio nazionale. Le iniziative hanno goduto del patrocinio delle Nazioni Unite, del Ministero della Salute e del Ministero della Solidarietà Sociale. Questo filone ha introdotto una nuova prospettiva non solo nella diagnosi delle dipendenze ma anche nei possibili nuovi trattamenti integrando l'approccio clinico con aspetti innovativi di lettura dei fenomeni e dei comportamenti di addiction mediante l'analisi dei meccanismi di funzionamento neuropsichico che stanno alla base delle condizioni in grado di attivare e conservare lo stato di dipendenza. In questo modo, il nostro paese si allinea alle nuove tendenze di studio e ricerca ma anche di diagnosi e trattamento integrato delle dipendenze.

