

CAPITOLO I.3.

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

I.3.1. Malattie infettive droga correlate

I.3.1.1 Diffusione HIV e AIDS

I.3.1.2 Diffusione di Epatite virale B

I.3.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I.3.1.4 Diffusione di Tubercolosi

I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

I.3.2.1 Ricoveri droga correlati

I.3.2.2 Ricoveri droga correlati in comorbilità con le malattie infettive

*I.3.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso
centrale e degli organi dei sensi*

*I.3.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema
circolatorio*

*I.3.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato
respiratorio*

I.3.3. Incidenti stradali droga correlati

I.3.3.1 Quadro generale

*I.3.3.2 Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli
Incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.*

I.3.4. Mortalità acuta droga correlata

I.3.5. Mortalità tra i consumatori di droga

I.3. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

L'assunzione di sostanze psicotrope ed altri comportamenti devianti, possono produrre gravi implicazioni e pericolose conseguenze per la salute. Questa sezione è dedicata all'analisi delle principali tipologie di patologie o implicazioni per la salute conseguenti all'assunzione di sostanze illecite osservate nell'ambito del trattamento dei soggetti che afferiscono ai servizi territoriali, ai presidi ospedalieri o in seguito ad eventi traumatici che comportano invalidità provvisoria o permanente e nei casi più gravi, il decesso della persona.

L'uso di sostanze stupefacenti comporta gravi danni per la salute sia in ambito neuropsichico che internistico/infettivologico

La principale conseguenza direttamente correlata all'uso di sostanze psicoattive, ed in particolare alla loro modalità di assunzione, nonché il tipo di stile di vita condotto dalla generalità degli assuntori regolari di sostanze, comportano tra l'altro elevati rischi nell'incorrere in malattie infettive.

Tale argomento viene trattato nella prima parte del capitolo attingendo i dati dal flusso informativo inviato dai servizi per le tossicodipendenze al Ministero della Salute, ed in parte dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), relativamente ai ricoveri erogati dai presidi ospedalieri riguardanti pazienti con patologie droga correlate.

Una sezione specifica viene dedicata ad altre patologie droga correlate che hanno determinato il ricovero dei soggetti nel triennio 2007-2009 o rilevate nell'ambito del trattamento ambulatoriale degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze, seguita da un paragrafo riservato agli incidenti stradali con il coinvolgimento di conducenti sotto l'effetto di sostanze psicoattive, oggetto di specifica pubblicazione dell'ACI e dell'ISTAT.

Incidenti stradali alcol e droga correlati

L'ultima parte del capitolo tratta la mortalità acuta droga correlata, oggetto di rilevazione da parte della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, e la mortalità dei consumatori di sostanze psicoattive conseguente al ricovero dei soggetti nelle strutture ospedaliere.

Decessi per effetti acuti

I.3.1. Malattie infettive droga correlate

Anche la prevalenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze psicoattive illegali rientra tra gli indicatori chiave individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA) ai fini del monitoraggio del fenomeno dell'uso di sostanze.

Patologie infettive correlate: in forma di HIV, HBV, HCV, TBC, MST

L'attenzione a livello europeo viene dedicata in particolare agli assuntori di sostanze per via iniettiva (IDU), in relazione all'elevato rischio di incorrere in malattie infettive, HIV ed epatiti virali.

A livello nazionale l'analisi è condotta sia tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze che tra i ricoveri ospedalieri droga correlati. I dati dell'utenza in trattamento nei servizi sono stati elaborati sulla base del flusso aggregato fornito dal Ministero della Salute tramite la rilevazione annuale secondo le schede ANN.04, ANN.05, ANN.06. I dati aggregati, tuttavia, non consentono un'analisi dettagliata della diffusione delle malattie infettive tra l'utenza che fa uso iniettivo delle sostanze psicoattive.

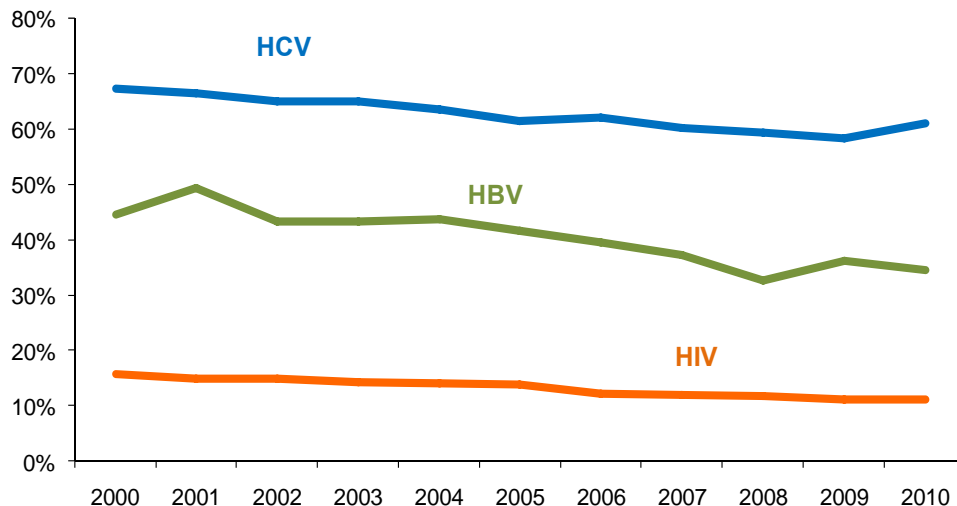
In estrema sintesi, anche nel 2010 continua la costante diminuzione della verifica (testing) della presenza di malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nell'utenza assistita dai Ser.T. (HIV -5,8%; HBV -15,3%; HCV -6,2%). Rispetto al 2009, nel 2010 la prevalenza di utenti positivi ai test delle malattie infettive, diminuisce per l'HIV (11,5% vs 11,1%) e per l'HBV (36,2% vs 34,4%), mentre aumentano gli HCV positivi (58,5% vs 61,0%).

Tabella I.3.1: Prevalenza di utenti HIV, HBV, HCV positivi. Anni 2000 - 2010

| Prevalenza positivi | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Δ % |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| HIV | 15,8 | 14,8 | 14,8 | 14,2 | 13,9 | 13,8 | 12,0 | 11,9 | 11,7 | 11,5 | 11,1 | -2,71 |
| HBV | 44,5 | 49,4 | 43,4 | 43,2 | 43,6 | 41,7 | 39,5 | 37,2 | 32,7 | 36,2 | 34,4 | -4,94 |
| HCV | 67,4 | 66,3 | 64,9 | 64,9 | 63,5 | 61,4 | 62,0 | 60,2 | 59,2 | 58,5 | 61,0 | 4,16 |

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.1: Prevalenza utenti positivi a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Le informazioni sui ricoveri sono state rilevate dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera; in particolare sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi, principale o secondarie, droga correlate e descritte in dettaglio nelle premesse del paragrafo I.3.2.. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate.

1.3.1.1 Diffusione di HIV e AIDS

L'incidenza dell'infezione da HIV diagnosticata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) nel 2008 risulta contenuta nella maggior parte dei paesi dell'Unione Europea, attorno a 2,6 casi per milione di abitanti, in calo rispetto ai 3,7 del 2007¹. Questo andamento è dovuto in parte all'aumento della disponibilità delle misure di prevenzione universale, di trattamento e di prevenzione delle patologie correlate, comprese le terapie sostitutive e i programmi di scambio di aghi e di siringhe; secondo alcuni paesi incidono anche altri fattori quali il calo del consumo per via parenterale come verificato anche in Italia.

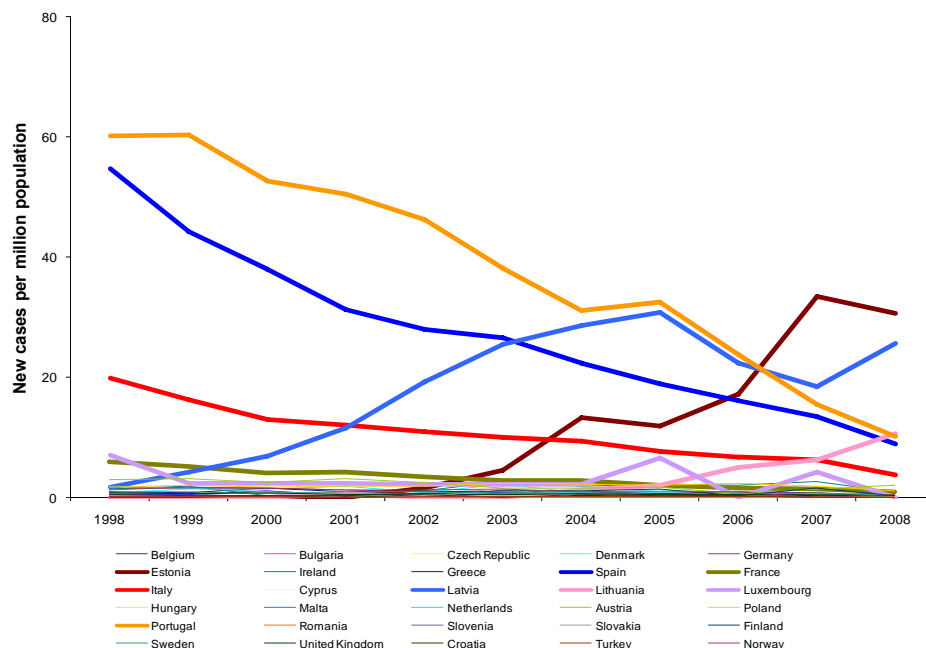
In forte diminuzione l'incidenza dei casi di AIDS nei tossicodipendenti italiani

Le informazioni sull'incidenza dell'AIDS sono importanti per dimostrare i nuovi casi di malattia sintomatica, e per fornire indicazioni sulla diffusione e sull'efficacia della terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART). A livello europeo la presenza di elevati tassi di incidenza dell'AIDS in alcuni paesi può far pensare che molti tossicodipendenti che abitualmente assumono le sostanze per via iniettiva ed affetti da HIV non ricevano la terapia HAART nella fase precoce dell'infezione.

¹ Non sono disponibili dati nazionali per la Danimarca, la Spagna, l'Italia e l'Austria.

L'Estonia è il paese con la più alta incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Lettonia, Lituania, Portogallo e Spagna; in Italia dopo i valori molto elevati ad inizio periodo, il contrasto alla diffusione dell'infezione da HIV ha consentito di ridurre notevolmente i nuovi casi di AIDS (Figura I.3.2).

Figura I.3.2: Tasso di incidenza (casi x 1.000.000 ab.) di casi AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via iniettiva nei Stati membri della EU. Anni 1998 - 2008



Fonte: Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2010

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

Rispetto all'utenza complessivamente assistita nel 2010 (176.430 persone) dai Ser.T per le tossicodipendenze, 53.190 soggetti sono stati sottoposti a test HIV (30,1%), mentre ulteriori 6.342 erano già positivi da periodi precedenti a quello di riferimento che sommati ai nuovi utenti risultati positivi al test nell'anno di riferimento, individua una prevalenza complessiva di utenti HIV positivi dell'11,1%, rispetto al contingente di utenti per i quali era disponibile l'esito del test. (Tabella I.3.2). Continua ad essere elevata la quota di utenti non testati (69,8% dell'utenza in carico).

Criticità:
soggetti testati per
HIV (solo il 30,1%)
presso i Ser.T.

Va precisato che le informazioni pervenute dalle regioni al Ministero della Salute alla data del 25 maggio 2011, coprono circa il 90% del totale dei servizi per le tossicodipendenze, quindi sono da considerare sicuramente rappresentative anche se non complete.

Tabella I.3.2: Somministrazione ed esito test HIV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze - Anni 2009 - 2010

| Caratteristiche | 2009 | | 2010 | | Diff % |
|--|---------|------|---------|------|--------|
| | N | % | N | % | |
| (A) Utenti assistiti | | | | | |
| (a1) Nuovi utenti | 33.983 | 20,2 | 35.597 | 20,1 | -0,1 |
| (a2) Utenti già noti | 134.381 | 79,8 | 140.833 | 79,9 | 0,1 |
| (a3) Totale | 168.364 | 100 | 176.430 | 100 | |
| (B) Soggetti per i quali è disponibile l'esito del Test HIV | | | | | |
| (b1) Nuovi utenti | 9.821 | 16,4 | 10.116 | 17,0 | 0,6 |
| (b2) Utenti già noti | 50.236 | 83,6 | 49.468 | 83,0 | -0,6 |
| (b3) Totale | 60.057 | 100 | 59.584 | 100 | |
| (C) Soggetti positivi al test HIV | | | | | |
| (c1) Nuovi utenti | 202 | 2,9 | 247 | 3,7 | 0,8 |
| (c2) Utenti già noti | 6.678 | 97,1 | 6.394 | 96,3 | -0,8 |
| (c3) Totale | 6.880 | 100 | 6.641 | 100 | |
| (D) Soggetti testabili ma non testati | | | | | |
| (d1) Nuovi utenti | 22.821 | 22,6 | 22.674 | 20,6 | -2,0 |
| (d2) Utenti già noti | 78.071 | 77,4 | 87.413 | 79,4 | 2,0 |
| (d3) Totale | 100.892 | 100 | 110.087 | 100 | |
| Indicatori | | | | | |
| (E) Soggetti testati nell'anno | 53.379 | | 53.190 | | |
| (F) % testati su testabili | 34,6 | | 32,6 | | -2,0 |
| (G) % non testati su testabili | 65,4 | | 67,4 | | +2,0 |
| (H) Prevalenza positivi HIV | | | | | |
| (h1) Prevalenza positivi | 11,5 | | 11,1 | | -0,4 |
| (h2) Prevalenza nuovi maschi | 2,02 | | 2,13 | | 0,1 |
| (h3) Prevalenza nuove femmine | 2,30 | | 4,44 | | 2,1 |

(A): Numero complessivo di soggetti trattati presso i Ser.T. (ANN 01).

(B): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti a quello di riferimento e soggetti per i quali è stata riscontrata negatività con test eseguito nell'anno di riferimento.

(C): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti

(D): soggetti che non hanno mai eseguito il test o di cui non si conosce l'esito, soggetti che erano risultati negativi negli anni precedenti a quello di riferimento che non sono stati ricontrollati

(E): soggetti che risultano essere stati testati nell'anno di riferimento e per i quali è stata riscontrata negatività e nuovi utenti risultati positivi nell'anno

(F): ottenuta come (E) / (D + E)

(G): ottenuta come (D) / (D + E)

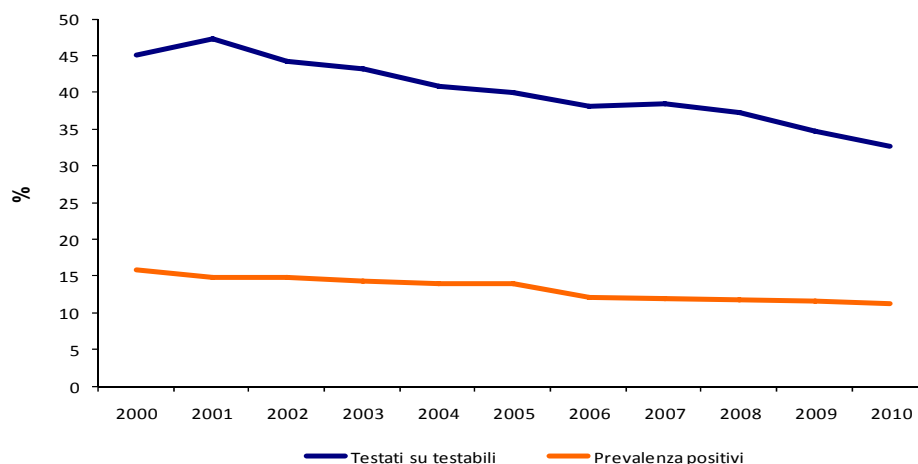
(H): ottenuta come (C) / (B)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

La verifica della presenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nelle persone assistite dai Ser.T. ha interessato negli ultimi 11 anni, dal 2000 al 2010, una percentuale di soggetti in costante diminuzione. Relativamente alla presenza dell'infezione da HIV, la percentuale dei soggetti testati su testabili è diminuita di 12,4 punti percentuali passando dal 45% circa rilevato nel 2000 al 32,6% osservato nel 2010.

solo il 32,6% dei tossicodipendenti viene testato

Figura I.3.3: Percentuale dei soggetti testati su testabili e prevalenza utenti positivi a test HIV. Anni 2000 - 2010



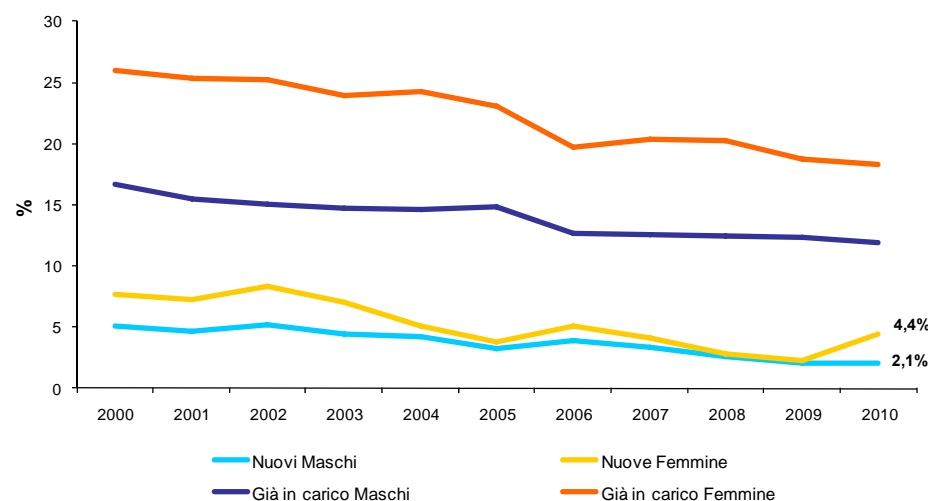
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Il tasso di prevalenza dell'infezione nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2010, si è ridotto passando dal 16% circa del 2000 all' 11,1% del 2010.

Dei soggetti positivi il 78,0% è di genere maschile; ciò significa che le persone di genere femminile sono fortemente sovra-rappresentate tra i soggetti HIV positivi (22%), evidenziando andamenti differenti rispetto ai pari di genere maschile.

Rispetto al 2009, aumenta la prevalenza di HIV positivi tra la nuova utenza, (2,4% nel 2010 vs 2,1% nel 2009) in particolare tra le femmine, per le quali si osserva un sensibile incremento (2,3% nel 2009 vs 4,4% nel 2010).

Figura I.3.4: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 2000 - 2010

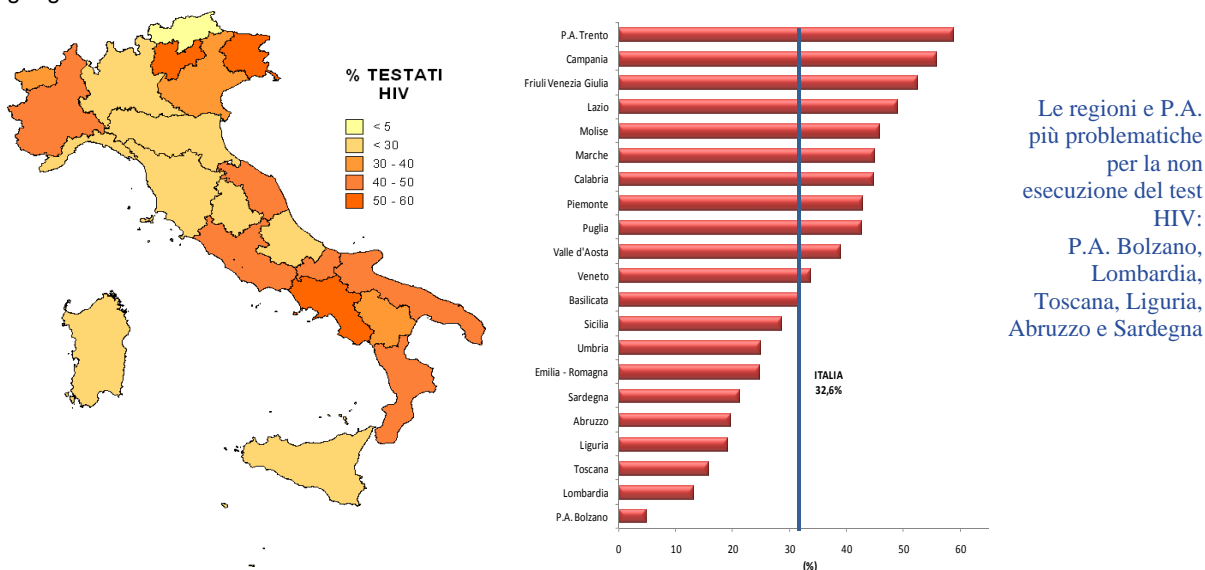


Aumenta la prevalenza di HIV nelle femmine afferenti per la prima volta nei Ser.T

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

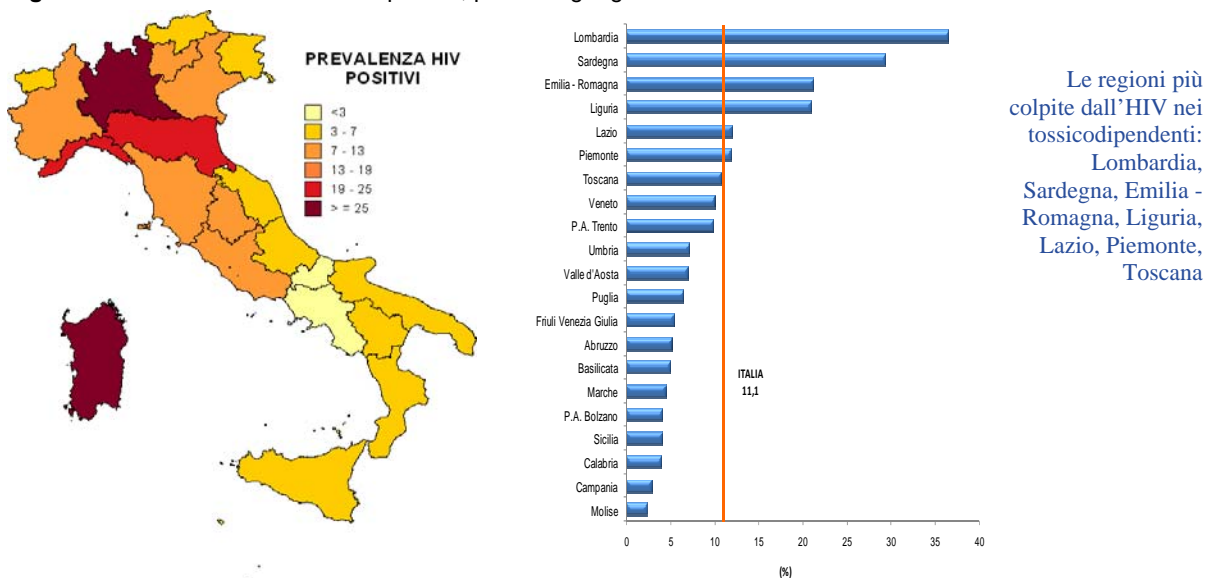
A livello territoriale la percentuale di utenti testati nel 2010 rispetto a tutti i soggetti che i Ser.T avrebbero dovuto sottoporre al test sierologico HIV, varia da un minimo del 4,6% osservata nella Provincia Autonoma di Bolzano, ad un massimo del 58,6% circa nella Provincia Autonoma di Trento (Figura I.3.5).

Figura I.3.5: Percentuale di utenti testati nell'anno di riferimento su testabili, per area geografica. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.6: Prevalenza utenti HIV positivi, per area geografica. Anno 2010



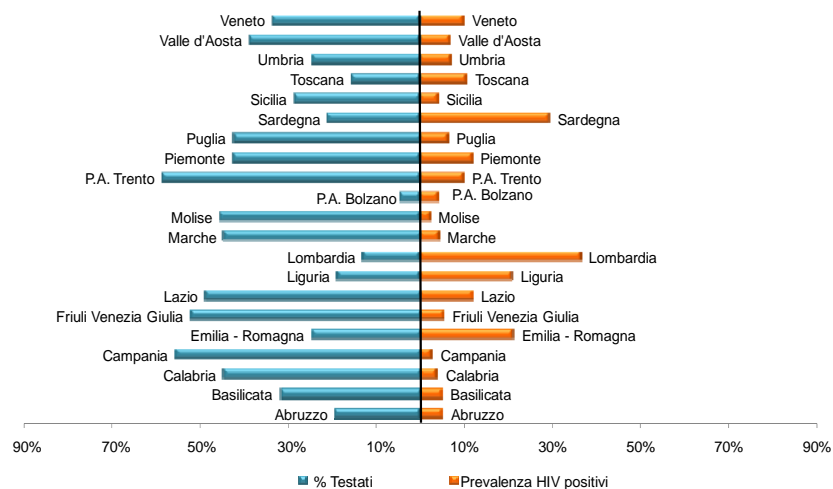
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Per contro, la prevalenza di sieropositivi osservata nel 2010 varia da un minimo del 2,2% nella Regione del Molise ad un massimo del 36,4% nella Regione Lombardia.

Confrontando le distribuzioni percentuali dei soggetti testati e dei positivi per regione, si osserva come, generalmente, a fronte di un basso tasso di testing si osservi una elevata prevalenza di sieropositività (Figure I.3.5 e I.3.6).

Prevalenza HIV nei TD oscilla tra il 2,2% e il 36,4%

Figura I.3.7: Percentuale utenti testati su testabili e prevalenza di utenti HIV positivi. Anno 2010



Relazione tra prevalenza HIV e % degli utenti testati: le regioni con maggior positività sono quelle che testano poco

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2009 tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) di AIDS conclamato o di sieropositività per HIV sono circa il 6% (pari a 1.554 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni.

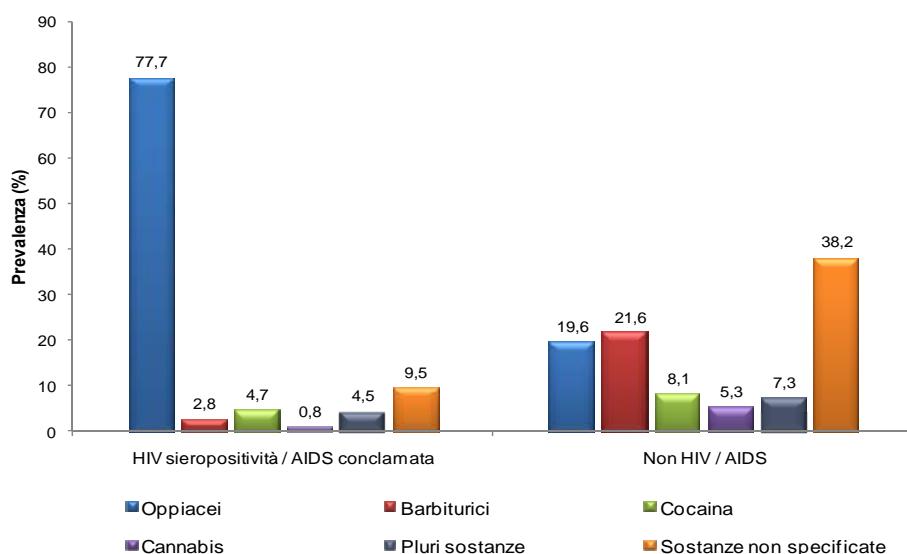
In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio 2007 - 2009, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o asintomatica, si osserva una percentuale più elevata di maschi (75% vs 25% delle femmine) ed una più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (circa 1% vs il 12%) rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

L'analisi del regime e tipologia di ricovero evidenzia inoltre, che tra i ricoveri droga correlati con diagnosi relative anche a condizione di infezione da HIV o di AIDS si rileva una percentuale più bassa di ricoveri a carattere urgente (circa il 49% vs 60%) e di situazioni di regime ordinario (circa 77% vs 92%).

AIDS e infezioni da HIV

Meno urgenze più ricoveri ordinari

Figura I.3.8: Percentuale di ricoveri droga correlati per condizione di sieropositività HIV/AIDS e tipo di sostanza assunta. Anno 2009



il binomio uso iniettivo di eroina/HIV

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.3.8.) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS evidenzia, tra i positivi, una quota più elevata di assuntori di oppiacei (77,7% vs il 23,3%);

1.3.1.2 Diffusione di Epatite virale B

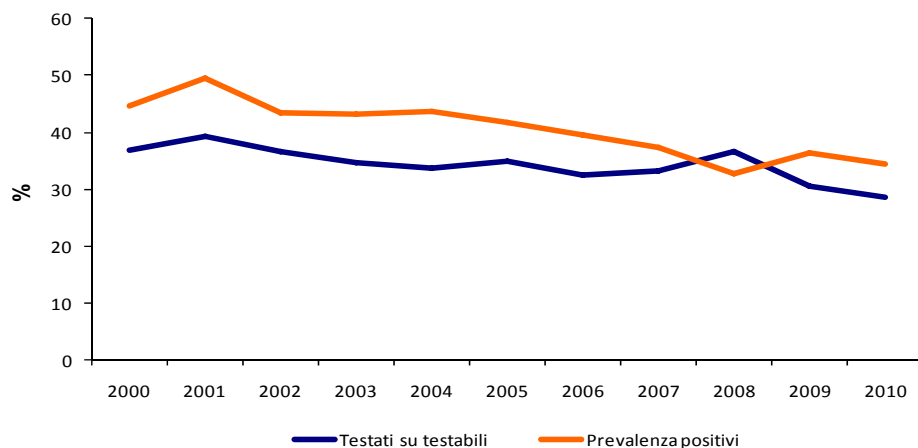
Il fenomeno della presenza del virus da epatiti virali nella popolazione tossicodipendente è maggiormente diffuso rispetto l'infezione da HIV sia a livello europeo che a livello nazionale. Negli Stati membri della EU la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in misura ancora maggiore rispetto all'HCV, in controtendenza rispetto alla diffusione del virus in Italia, sebbene il dato nazionale si riferisca a tutta la popolazione tossicodipendente e non alla sola IDU. Nel biennio 2007-2008, 4 dei 9 paesi che hanno fornito dati sugli IDU hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBC superiori al 40%, in linea con il dato nazionale, sebbene quest'ultimo rappresenti una sottostima della reale prevalenza di HBV positivi nella sottopopolazione IDU italiana.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze

Relativamente alla presenza da epatite B nell'ultimo decennio, la percentuale dei soggetti testati su quelli potenzialmente testabili è diminuita, di circa 8 punti percentuali passando dal 36,7% rilevato nel 2000 al 28,5% nel 2010, fatta eccezione per l'anno 2008 (36,5%) in cui si osserva una temporanea ripresa dell'attività di test per epatite virale B.

Bassa % di testati su testabili anche per l'epatite B

Figura I.3.9: Percentuale dei soggetti testati su testabili e prevalenza utenti positivi a test HBV. Anni 2000 - 2010



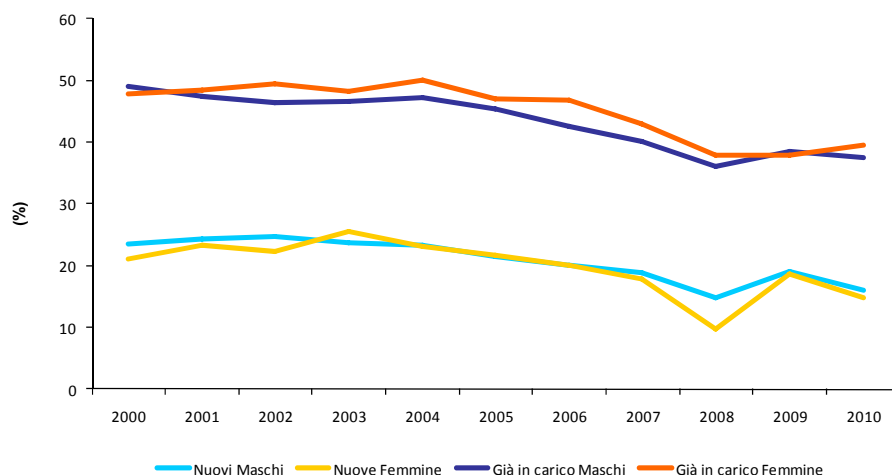
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Il tasso di prevalenza di positivi dell'epatite B nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2008, si è ridotto passando rispettivamente dal 44,5% al 32,7%. Nel biennio successivo, si è verificato un aumento di prevalenza di positivi pari al 36,2% nel 2009, seguito da una diminuzione nel 2010 pari al 34,4%.

L'86,6% dei soggetti risultati positivi alla epatite B nel 2010, è di genere maschile; il restante 13,4% è di genere femminile.

Rispetto al 2009, diminuisce di 3 punti percentuali la prevalenza di HBV positivi per la nuova utenza (15,8% nel 2010 vs 18,9% nel 2009), in particolare tra le femmine (14,7% nel 2010 vs 18,6% nel 2009). Da evidenziare, inoltre, la sensibile diminuzione della nuova utenza delle femmine in corrispondenza dell'anno 2008 (9,7%).

Figura I.3.10: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Tabella I.3.3: Somministrazione ed esito test HBV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze - Anni 2009 - 2010

| Caratteristiche | 2009 | | 2010 | | Diff % |
|--|---------|------|---------|------|--------|
| | N | % | N | % | |
| (A) Utenti assistiti | | | | | |
| (a1) Nuovi utenti | 33.983 | 20,2 | 35.597 | 20,1 | -0,1 |
| (a2) Utenti già noti | 134.381 | 79,8 | 140.833 | 79,9 | 0,1 |
| (a3) Totale | 168.364 | 100 | 176.430 | 100 | |
| (B) Soggetti per i quali è disponibile l'esito del Test HBV | | | | | |
| (b1) Nuovi utenti | 10.863 | 15,4 | 11.351 | 29,3 | 13,9 |
| (b2) Utenti già noti | 59.904 | 84,6 | 27.359 | 70,7 | -13,9 |
| (b3) Totale | 70.767 | 100 | 38.710 | 100 | |
| (C) Soggetti positivi al test HBV | | | | | |
| (c1) Nuovi utenti | 1.482 | 4,5 | 1.249 | 3,8 | -0,7 |
| (c2) Utenti già noti | 31.170 | 95,5 | 31.633 | 96,2 | 0,7 |
| (c3) Totale | 32.652 | 100 | 32.882 | 100 | |
| (D) Soggetti testabili ma non testati | | | | | |
| (d1) Nuovi utenti | 21.767 | 24,1 | 21.630 | 22,3 | -1,8 |
| (d2) Utenti già noti | 68.533 | 75,9 | 75.461 | 77,7 | 1,8 |
| (d3) Totale | 90.300 | 100 | 97.091 | 100 | |
| Indicatori | | | | | |
| (E) Soggetti testati nell'anno | 39.597 | | 38.710 | | |
| (F) Soggetti vaccinati | 15.776 | | 18.529 | | |
| (G) % testati su testabili | 30,5 | | 28,5 | | -2,0 |
| (H) % non testati su testabili | 69,5 | | 71,5 | | 2,0 |
| (I) Prevalenza positivi al Test HBV | | | | | |
| (i1) Prevalenza positivi | 36,2 | | 34,4 | | -1,8 |
| (i2) Prevalenza nuovi maschi | 18,95 | | 16,02 | | -2,9 |
| (i3) Prevalenza nuove femmine | 18,59 | | 14,70 | | -3,9 |

continua

continua

(A): Numero complessivo di soggetti trattati presso i Ser.T. (ANN 01).

(B): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti a quello di riferimento, soggetti per i quali è stata riscontrata negatività con test eseguito nell'anno di riferimento e soggetti per i quali è stato effettuato il vaccino HBV.

(C): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti meno i nuovi soggetti vaccinati.

(D): soggetti che non hanno mai eseguito il test o di cui non si conosce l'esito, soggetti che erano risultati negativi negli anni precedenti a quello di riferimento che non sono stati ricontrollati.

(E): soggetti che risultano essere stati testati nell'anno di riferimento e per i quali è stata riscontrata negatività e nuovi utenti risultati positivi nell'anno.

(F): soggetti che hanno regolarmente completato il ciclo di somministrazioni vaccinali e che hanno eseguito un successivo controllo sierologico.

(G): ottenuta come $(E) / (D + E)$

(H): ottenuta come $(D) / (D + E)$

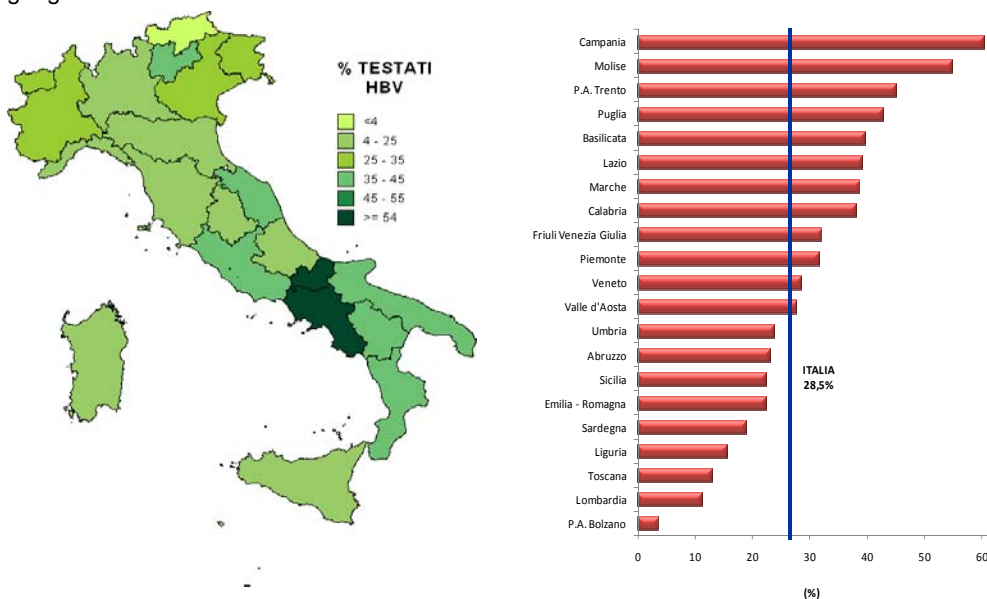
(I): ottenuta come $(C) / (B - F)$

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

A livello territoriale la percentuale di utenti testati nel 2010 rispetto a tutti i soggetti che i Ser.T avrebbero dovuto sottoporre al test sierologico HBV varia da un minimo del 3,5% osservata nella Provincia Autonoma di Bolzano, ad un massimo del 60,1% nella Regione Campania.

Prevalenze per HBV oscillanti tra il 3,5% nella P.A. Bolzano e il 60% in Campania

Figura I.3.11: Percentuale di utenti testati nell'anno di riferimento su testabili, per area geografica. Anno 2010

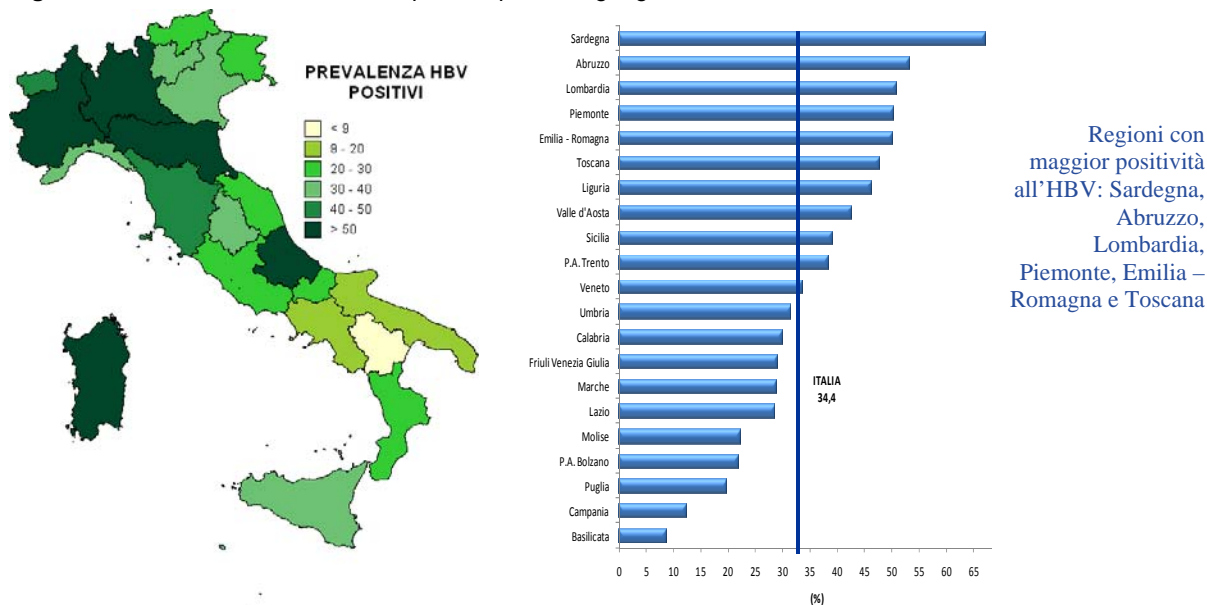


Regioni con minore uso del test per HBV: Bolzano, Lombardia, Toscana, Liguria, Sardegna e Emilia - Romagna

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

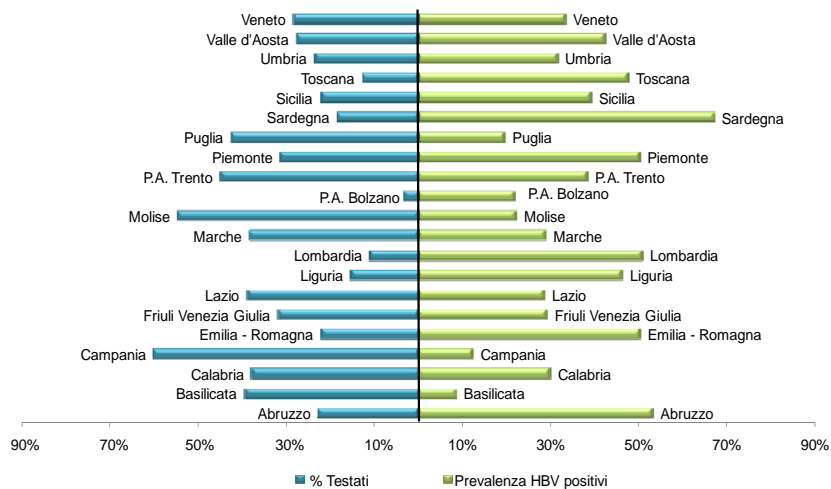
Per conto la prevalenza di utenti positivi all'epatite B osservata nel 2010, varia da un minimo dell'8,4% nella Regione Basilicata ad un massimo del 67,0% nella Regione Sardegna.

Figura I.3.12: Prevalenza utenti HBV positivi, per area geografica. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.13: Percentuale utenti sottoposti al test e percentuale utenti positivi a HBV. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2009 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali B sono inferiori all'1% (pari a 137 ricoveri), senza differenze rilevanti nell'ultimo triennio.

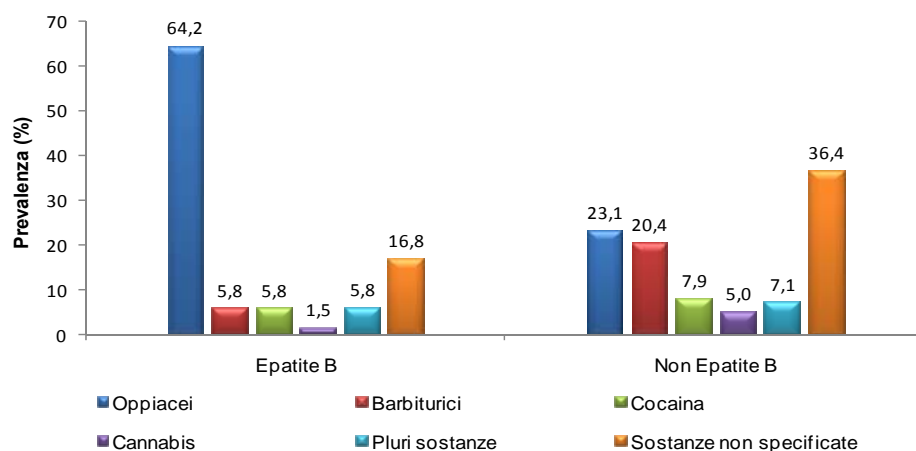
Maggiore variabilità si osserva nel corso del triennio, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HBV sintomatica o asintomatica, in relazione alla quota di ricoveri di soggetti di genere maschile (83,8% nel 2007, 85,6% nel 2008 e 78,1% nel 2009). Anche in questo caso come detto sopra più elevata (78% vs 57%) rispetto ai pazienti ricoverati senza tale comorbilità.

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.3.14) effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali B evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (64,2% contro 23,3%), in forte analogia con la presenza di

Riduzione dei ricoveri per epatite B

sieropositività per HIV o AIDS conclamata.

Figura I.3.14: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali B e tipo di sostanza assunta. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

1.3.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I livelli di prevalenza dell’HCV osservati tra i diversi paesi europei e all’interno di uno stesso paese, sono estremamente vari, a causa sia di differenze intrinseche ai territori sia delle caratteristiche della popolazione oggetto del campione indagato. Nel biennio 2007-2008 i livelli di anticorpi anti-HCV tra campioni di tossicodipendenti esaminati a livello europeo, variano da circa il 12% all’85%, sebbene la maggior parte dei paesi riferisce valori superiori al 40%. A livello nazionale, la prevalenza di positivi al test HCV è risultata pari a circa il 61% dei soggetti in trattamento nei Ser.T.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze

Come per il test HIV, si osservava, analoga e preoccupante situazione relativamente sia alla diffusione del virus della epatite virale C sia al basso tasso di testing.

Tabella I.3.4: Somministrazione ed esito test HCV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze - Anni 2009 – 2010

| Caratteristiche | 2009 | | 2010 | | Diff % |
|--|---------|-------|---------|------|--------|
| | N | % | N | % | |
| (A) Utenti assistiti | | | | | |
| (a1) Nuovi utenti | 33.983 | 20,2 | 35.597 | 20,1 | -0,1 |
| (a2) Utenti già noti | 134.381 | 79,8 | 140.833 | 79,9 | 0,1 |
| (a3) Totale | 168.364 | 100,0 | 176.430 | 100 | |
| (B) Soggetti per i quali è disponibile l'esito del Test HCV | | | | | |
| (b1) Nuovi utenti | 10.591 | 14,8 | 10.325 | 13,6 | -1,2 |
| (b2) Utenti già noti | 61.186 | 85,2 | 65.398 | 86,4 | 1,2 |
| (b3) Totale | 71.777 | 100 | 75.723 | 100 | |
| (C) Soggetti positivi al test HCV | | | | | |
| (c1) Nuovi utenti | 2.616 | 6,2 | 2.823 | 6,1 | -0,1 |
| (c2) Utenti già noti | 39.391 | 93,8 | 43.339 | 93,9 | 0,1 |
| (c3) Totale | 42.007 | 100 | 46.162 | 100 | |
| (D) Soggetti testabili ma non testati | | | | | |
| (d1) Nuovi utenti | 22.380 | 26,1 | 22.139 | 23,4 | -2,7 |
| (d2) Utenti già noti | 63.222 | 73,9 | 72.401 | 76,6 | 2,7 |
| (d3) Totale | 85.602 | 100 | 94.540 | 100 | |
| Indicatori | | | | | |
| (E) Soggetti testati nell'anno | 32.386 | | 32.764 | | |
| (F) % testati su testabili | 27,4 | | 25,7 | | -1,7 |
| (G) % non testati su testabili | 72,6 | | 74,3 | | 1,7 |
| (H) Prevalenza positivi | | | | | |
| (h1) Prevalenza positivi | 58,5 | | 61,0 | | 2,5 |
| (h2) Prevalenza nuovi maschi | 24,7 | | 27,8 | | 3,1 |
| (h3) Prevalenza nuove femmine | 24,4 | | 24,6 | | 0,2 |

(A): Numero complessivo di soggetti trattati presso i Ser.T. (ANN 01).

(B): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti a quello di riferimento e soggetti per i quali è stata riscontrata negatività con test eseguito nell'anno di riferimento.

(C): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti.

(D): soggetti che non hanno mai eseguito il test o di cui non si conosce l'esito, soggetti che erano risultati negativi negli anni precedenti a quello di riferimento che non sono stati ricontrollati

(E): soggetti che risultano essere stati testati nell'anno di riferimento e per i quali è stata riscontrata negatività e nuovi utenti risultati positivi nell'anno.

(F): ottenuta come $(E) / (D + E)$

(G): ottenuta come $(D) / (D + E)$

(H): ottenuta come $(C) / (B)$

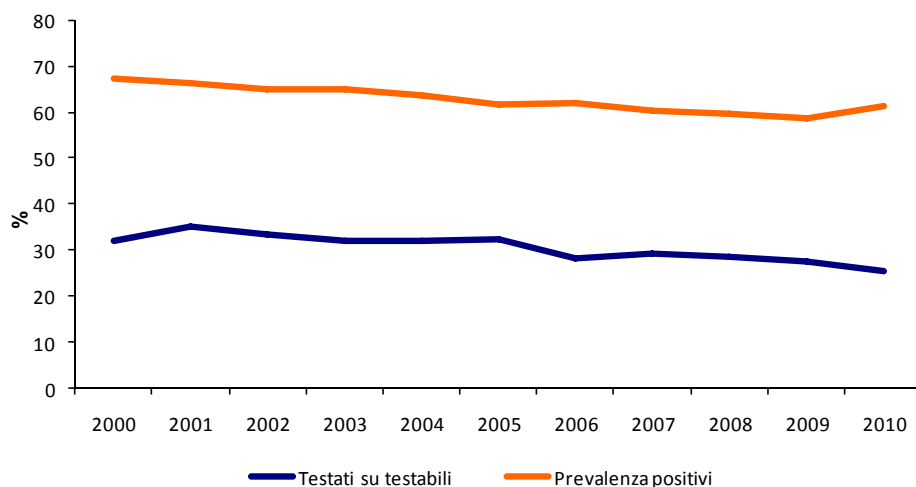
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

La verifica della presenza di epatite virale C correlata all'uso di sostanze stupefacenti nelle persone assistite dai Ser.T. ha riguardato, dal 2000 al 2010, una percentuale di soggetti in costante diminuzione. La percentuale dei soggetti testati su testabili è diminuita dal 32% circa del 2000 a circa il 26% del 2010. (Figura I.3.15).

Relativamente alla presenza del virus della epatite virale C, la percentuale di soggetti positivi è diminuita di 6,4 punti percentuali negli ultimi dieci anni, passando dal 67,4% nel 2000, 58,5% nel 2009 risultando al 61,0% nel 2010, (Figura I.3.15).

Basso utilizzo dei Ser.T. del test per HCV soprattutto per i nuovi tossicodipendenti afferenti ai servizi
Resta alta la prevalenza dell'HCV: 61,0%

Figura I.3.15: Percentuale dei soggetti testati su testabili e prevalenza utenti positivi al test HCV. Anni 2000 - 2010

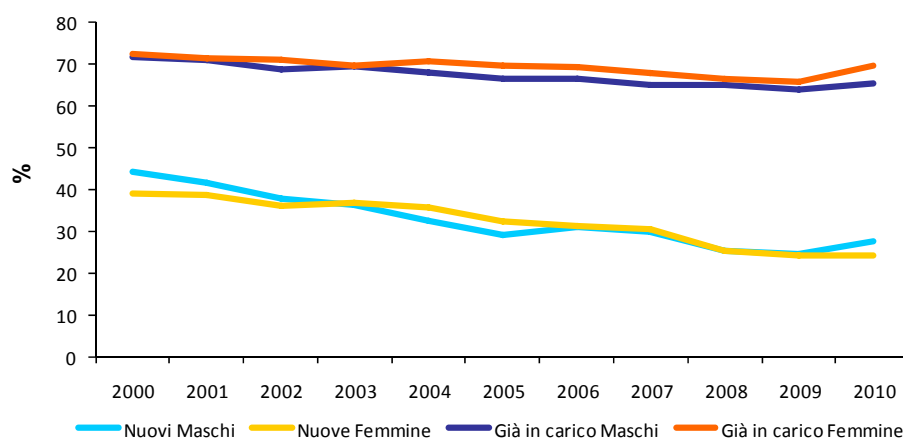


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nei nuovi utenti, nel periodo oggetto di osservazione, il fenomeno sembra interessare in ugual misura i due generi, e in progressivo decremento fino al 2008; nell'ultimo biennio la prevalenza HCV di positivi sembra stabile per le nuove femmine e in lieve aumento nei nuovi utenti maschi. Più stabile il trend della prevalenza dell'utenza già nota ai servizi e risultata positiva al test HCV, senza sensibili differenze per genere: per entrambi, infatti, si osserva un lieve aumento di HCV positivi nel 2010 (Figura I.3.16).

La differenza di prevalenza di HCV positivi tra utenti nuovi e già in carico potrebbe essere sostenuta da un minor tempo di esposizione al rischio. Il decremento del trend nei nuovi utenti può essere sostenuto da un minor uso della via iniettiva che si è andato ad instaurare nel tempo.

Figura I.3.16: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 2000 - 2010

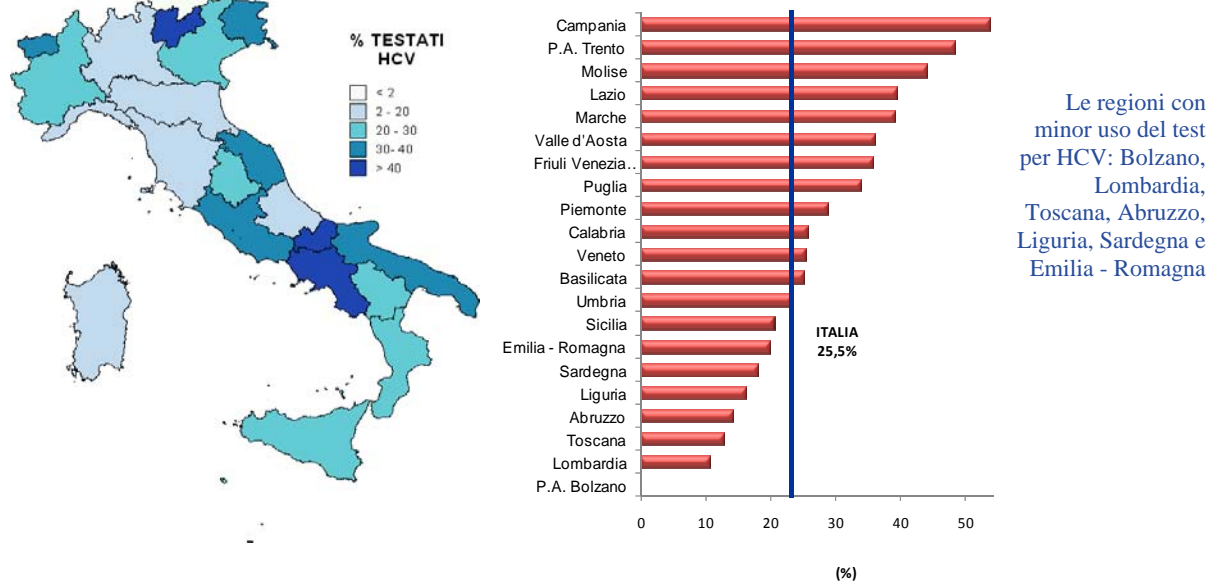


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

A livello territoriale la percentuale di persone assistite e testate per HCV nel 2010 varia da un minimo dello 10,6% nella Regione Lombardia ad un massimo del 53,8% individuata nella regione Campania. La prevalenza di utenti positivi al test HCV varia tra il 37,7% individuata nelle regione Campania e l'80,5%, nella regione Lombardia. Il dato sulle frequenze della P.A. Bolzano, tuttavia, non è

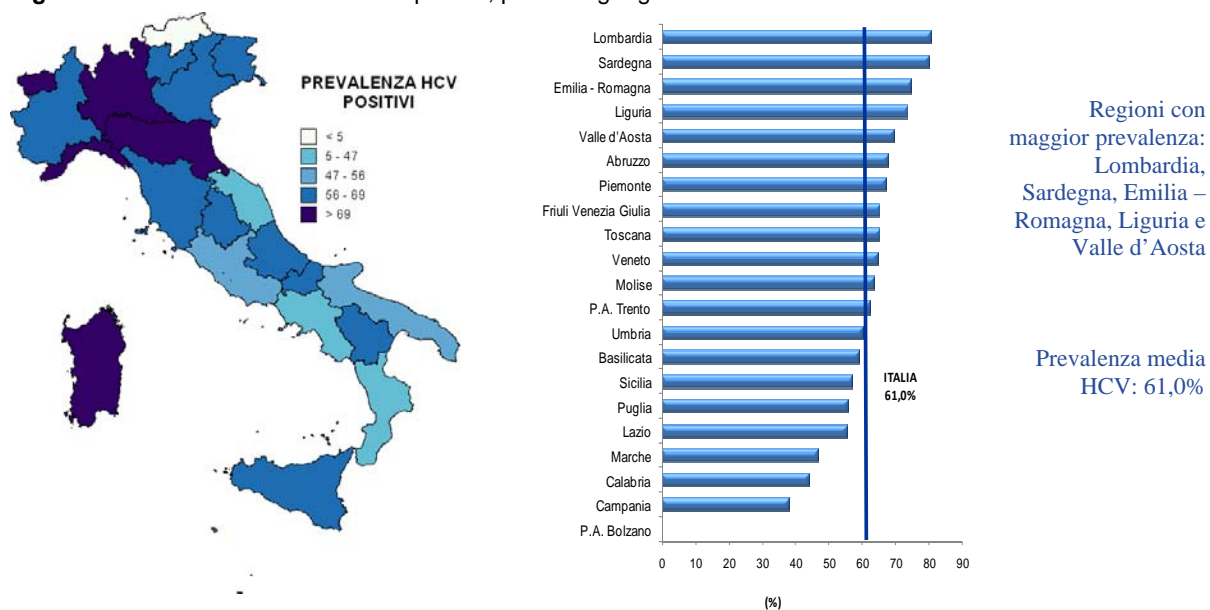
indicativo della reale situazione locale, visto che non è stato testato alcun utente in trattamento.

Figura I.3.17: Percentuale di utenti testati nell'anno di riferimento su testabili, per area geografica. Anno 2010



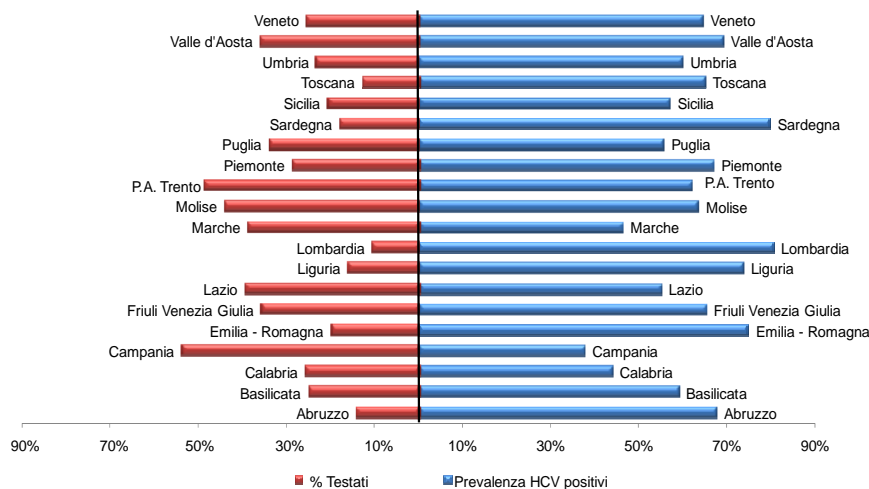
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.18: Prevalenza utenti HCV positivi, per area geografica. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.19: Percentuale di utenti testati su testabili e prevalenza di utenti HCV positivi. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

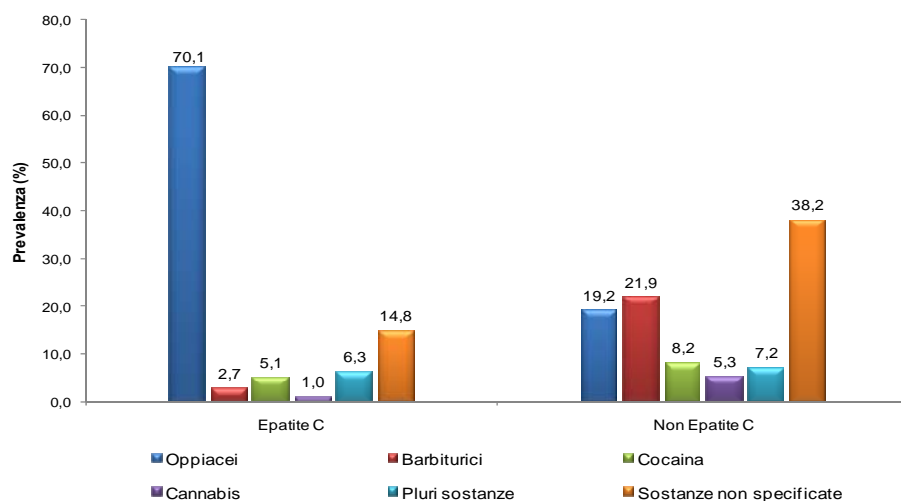
*Dato non pervenuto dalla Provincia Autonoma di Bolzano

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2009 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali C sono pari all'8% corrispondente a 1.960 ricoveri.

Tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HCV sintomatica o asintomatica, nel 2009 si osserva una percentuale più elevata di maschi rispetto alle femmine (78% contro 57%); inoltre si registra una percentuale più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (3,4% contro 12%), rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Figura I.3.20: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali C e tipo di sostanza assunta. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali C evidenzia una quota più elevata di assuntori di oppiacei (70,1%

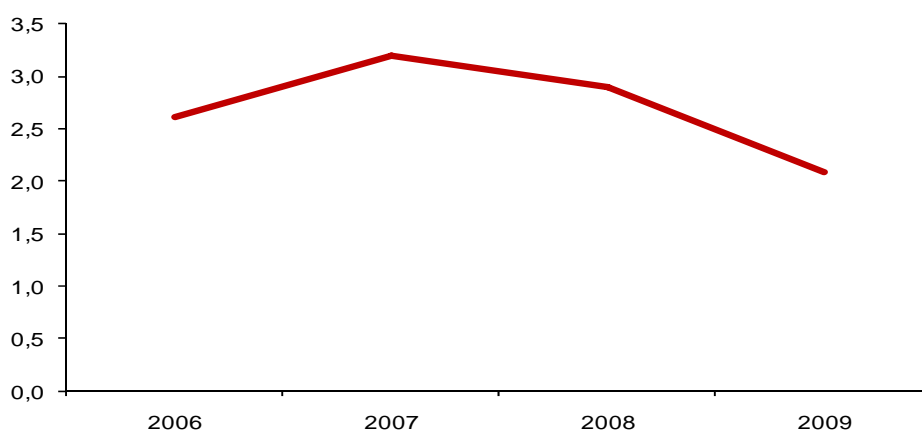
contro 19%), in forte analogia con gli andamenti osservati nei ricoveri droga correlati in comorbidità con le altre malattie infettive (Figura I.3.20).

I.3.1.4 Diffusione di Tuberculosis

Nel 2009 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di infezione da tubercolosi sono pari al 2,1% corrispondente a 50 ricoveri. Nel 2007 si è osservato un aumento di infezione da tubercolosi rispetto al 2006 (2,6% vs 3,2%), per diminuire negli ultimi due anni (2,8% nel 2008 vs 2,1% nel 2009).

Presenza di ricoveri per TBC

Figura I.3.21: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC. Anno 2006 – 2009

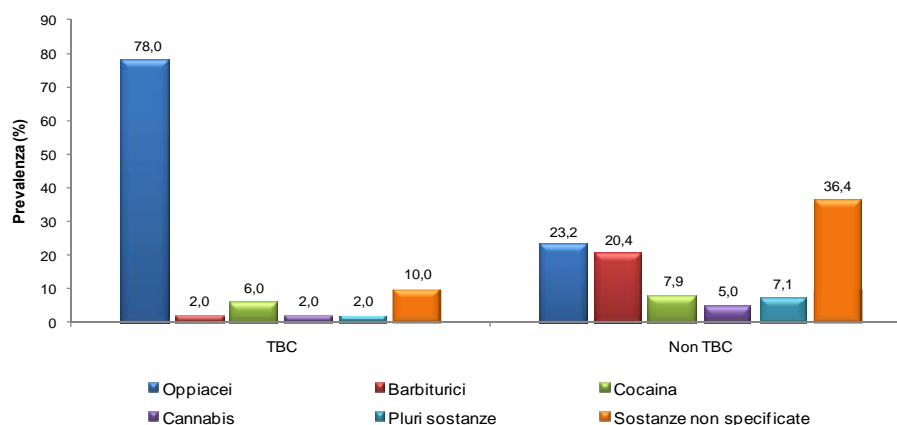


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nel gruppo con diagnosi di malattia tubercolare si osserva una presenza quasi esclusivamente maschile e sensibilmente più elevata rispetto al volume complessivo di ricoveri droga correlati (circa 80% contro 57%) e relativi a pazienti di età inferiore ai 50 anni (circa 92% contro circa il 76%), in prevalenza consumatori di oppiacei (78% contro 23%) (Figura I.3.22).

Figura I.3.22: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC e tipo di sostanza assunta. Anno 2009

Forte correlazione con uso di oppiacei



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

Mediante l'analisi delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), è possibile definire un profilo conoscitivo delle caratteristiche dei ricoveri di pazienti assuntori di sostanze psicoattive, e di desumere quindi un profilo delle principali patologie droga correlate.

Come anticipato nel precedente paragrafo l'analisi della SDO è stata utilizzata anche per la descrizione delle malattie infettive rilevate nei ricoveri ospedalieri droga correlati.

L'archivio raccoglie dati anagrafici dei dimessi dalle strutture ospedaliere ed informazioni relative all'episodio di ricovero, quali diagnosi, procedure chirurgiche ed interventi diagnostico-terapeutici, codificati in base alla classificazione internazionale ICD-9-CM. In particolare sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi principale o diagnosi secondarie droga correlate, corrispondenti alle seguenti categorie diagnostiche (codici ICD9-CM): Psicosi da droghe (292, 292.0-9), Dipendenza da droghe (304, 304.0-9), Abuso di droghe senza dipendenza (305, 305.2-9), Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati (965.0), Avvelenamenti da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenamenti da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenamenti da sedativi e ipnotici (967, 967.0-6,8-9), Complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza (6483, 6483.0-4), Danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato (7607.2-3,5, 779.4-5).

Schede di dimissione ospedaliera (SDO): ricoveri correlati al consumo di stupefacenti

I.3.2.1 Ricoveri droga correlati

Nel triennio 2007-2009 i ricoveri complessivi per qualsiasi patologia sono diminuiti del 5,4% (12.342.537 nel 2007, 12.112.389 nel 2008 e 11.674.098 nel 2009); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondarie) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (26.601 nel 2007, 25.910 nel 2008 e 23.997 nel 2009) del collettivo nazionale, una contrazione del 9,8% superiore all'andamento dei ricoveri complessivi.

Riduzione del 9,8% dei ricoveri droga-correlati nel triennio 2007 - 2009

Tabella I.3.5: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Genere, Nazionalità e Età. Anno 2008-2009

| Caratteristiche | 2008 | | 2009 | | Δ % |
|---------------------|--------|------|--------|------|------|
| | N | % | N | % | |
| Genere | | | | | |
| Maschi | 15.028 | 58,0 | 13.738 | 58,0 | -8,6 |
| Femmine | 10.882 | 42,0 | 10.259 | 42,0 | -5,7 |
| Totale | 25.910 | 100 | 23.997 | 100 | -7,4 |
| Nazionalità | | | | | |
| Italiani | 24.541 | 94,6 | 22.684 | 94,6 | -7,6 |
| Stranieri | 1.379 | 5,4 | 1.303 | 5,4 | -5,5 |
| Età | | | | | |
| Età media maschi | 38,5 | | 40,2 | | 4,4 |
| Età media femmine | 44,8 | | 46,1 | | 2,9 |
| Età mediana maschi | 38 | | 38 | | 0,0 |
| Età mediana femmine | 42 | | 43 | | 2,4 |

età media dei ricoverati: 40,2 anni maschi 46,1 anni femmine

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Il 94,6% dei ricoveri droga correlati erogati nel 2009 riguarda cittadini italiani, il 58% di genere maschile, di età media pari a 40,2 anni, più elevata per le donne, 46,1 anni rispetto ai maschi (40,2 anni). Se in luogo del valore medio si considera il valore di età mediano, più adatto a distribuzioni per età fortemente asimmetriche, l'età mediana si riduce di due anni, passando da 46 a 43 anni per le femmine.

Tabella I.3.6: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Regime di ricovero, Tipo di ricovero e Modalità di dimissione. Anno 2008-2009

| Caratteristiche | 2008 | | 2009 | | Δ % |
|------------------------------------|--------|------|--------|------|-------|
| | N | % | N | % | |
| Regime di ricovero | | | | | |
| Ordinario | 23.616 | 91,1 | 22.081 | 92,0 | -6,5 |
| Day hospital | 2.294 | 8,9 | 1.916 | 8,0 | -16,5 |
| Tipo di ricovero | | | | | |
| Programmato non urgente | 7.665 | 31,8 | 7.057 | 31,5 | -7,9 |
| Urgente | 15.445 | 64,0 | 14.470 | 64,5 | -6,3 |
| Trattamento sanitario obbligatorio | 688 | 2,9 | 561 | 2,5 | -18,5 |
| Preospedalizzazione | 68 | 0,3 | 100 | 0,4 | 47,1 |
| Altro | 268 | 1,1 | 244 | 1,1 | -9,0 |
| Modalità di dimissione | | | | | |
| Dimissione ordinaria a domicilio | 20.554 | 79,3 | 18.846 | 78,5 | -8,3 |
| Dimissione volontaria | 2.756 | 10,6 | 2.532 | 10,5 | -8,1 |
| Trasferimento ad altro istituto | 1.090 | 4,2 | 1.024 | 4,2 | -6,1 |
| Decesso | 192 | 0,7 | 177 | 0,7 | -7,8 |
| Altro | 1.317 | 5,1 | 1.417 | 5,9 | 7,6 |

In diminuzione i ricoveri per:
-Urgenza medica (-6,3%)
-TSO (-18,5%)
-Ricoveri programmati (-7,9%)

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Il 92% dei ricoveri è stato erogato in regime ordinario, con degenza media pari a 9,6 giornate, valore che si riduce a 6 giornate considerando il valore mediano, meno influenzato da degenze molto elevate, anche oltre 200 giorni, peraltro presenti solo raramente (3 ricoveri).

Nel 78,5% dei ricoveri, il paziente è stato dimesso a domicilio secondo il decorso ordinario del ricovero, il 10,5% è stato dimesso su richiesta volontaria del paziente, il 4,2% è stato trasferito ad altro istituto di cura per acuti e lo 0,7% (177) dei ricoveri hanno riguardato pazienti deceduti nel corso della degenza.

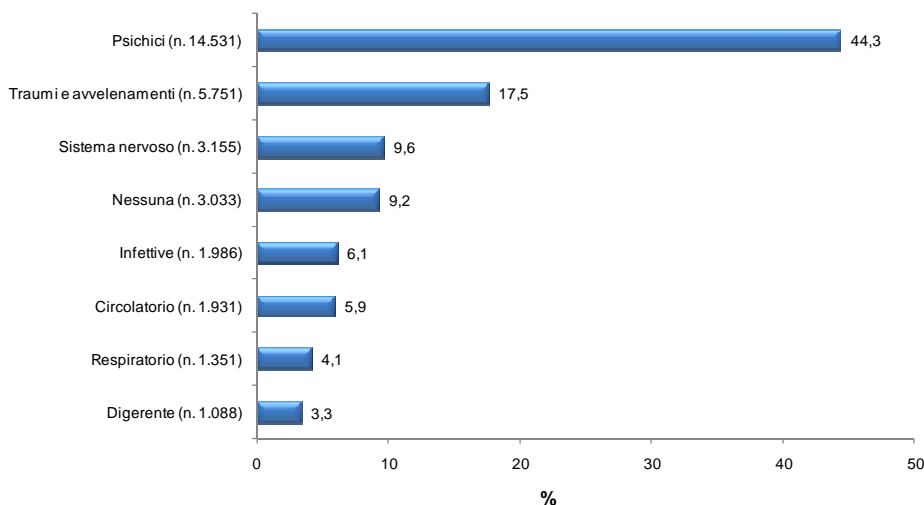
Le SDO riportano la diagnosi primaria del motivo di ricovero a cui possono essere associate, se presenti, diagnosi secondarie (definite concomitanti o complicanti): questo avviene quando, oltre a quella principale, il paziente soffre anche di altre patologie. L'archivio analizzato contiene tutte le SDO che contengono diagnosi correlate a droga in diagnosi primaria o secondaria; in ogni SDO possono essere riportate fino a 5 diagnosi secondarie.

Le 23.997 SDO del 2009 contengono complessivamente 32.826 diagnosi non correlate a droghe: in 10.006 schede in cui la diagnosi principale è droga correlata sono riportate 15.882 diagnosi secondarie associate (per 3.033 SDO non sono presenti diagnosi secondarie associate), mentre 13.911 schede hanno diagnosi principali non droga correlate, che invece sono riportate come secondarie.

L'insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga sono state raggruppate per ambiti omogenei di patologia al fine di identificare quali siano le comorbilità più frequentemente associate al consumo di sostanze nei ricoveri ospedalieri (Figura I.3.23).

Il consumo di stupefacenti come diagnosi principale o secondaria

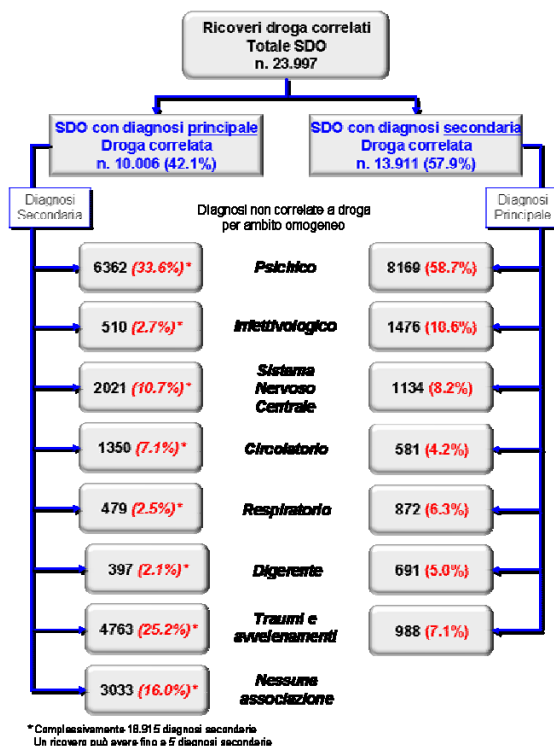
Figura I.3.23: Insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga raggruppate per ambiti omogenei. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Lo schema seguente riepiloga il flusso 2009. Le SDO sono state separate in due gruppi: quello in cui le diagnosi droga correlate sono primarie e quello dove una diagnosi droga-correlata compare come diagnosi secondaria. Nel primo gruppo con diagnosi droga correlata possono essere presenti più diagnosi secondarie. Infine, le diagnosi non correlate al consumo di stupefacenti sono state raggruppate per ambiti omogenei.

Figura I.3.24: Organizzazione flusso SDO. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

L'associazione più frequentemente osservata è tra sostanze stupefacenti e disturbi psichici in entrambi i gruppi (33,6% e 58,7%). Mantenendo le droghe come diagnosi principale si ha una elevata combinazione con traumi e avvelenamenti

(25.2%) e con patologie del sistema nervoso centrale (10.7%), mentre nel 16.0% dei casi non si hanno diagnosi secondarie associate.

Mantenendo invece le droghe come diagnosi secondaria, le patologie che maggiormente risultano correlate sono quelle di tipo infettivo logico (10.6%), seguite da quelle del sistema nervoso centrale (8.2%) e dai traumi e avvelenamenti (7.1%).

Tabella I.3.7: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Sostanza d'abuso. Anni 2008-2009

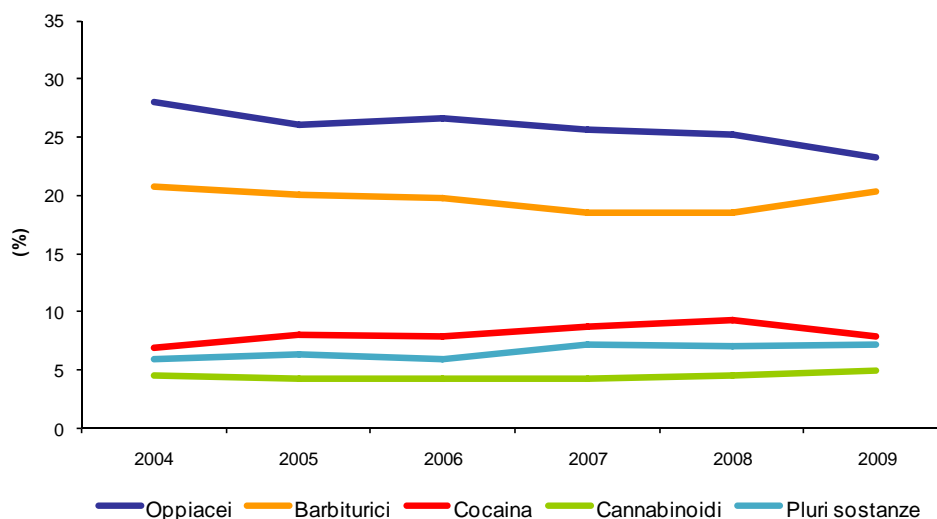
| Caratteristiche | 2008 | | 2009 | | Δ % |
|--------------------------|-------|------|-------|------|-------|
| | N | % | N | % | |
| Sostanza d'abuso | | | | | |
| Oppiacei | 6.537 | 25,2 | 5.597 | 23,3 | -14,4 |
| Barbiturici | 4.853 | 18,7 | 4.884 | 20,4 | 0,6 |
| Cocaina | 2.408 | 9,3 | 1.898 | 7,9 | -21,2 |
| Pluri sostanze | 1.818 | 7,0 | 1.706 | 7,1 | -6,2 |
| Cannabinoidi | 1.180 | 4,5 | 1.194 | 5,0 | 1,2 |
| Antidepressivi | 858 | 3,3 | 765 | 3,2 | -11,0 |
| Allucinogeni | 173 | 0,6 | 147 | 0,6 | -15,0 |
| Amfetamine | 108 | 0,4 | 79 | 0,3 | -26,9 |
| Sostanze non specificate | 7.975 | 30,8 | 7.727 | 32,2 | -3,1 |

Diminuzione di ricoveri per uso di:
-oppiacei (-14,4%)
-cocaina (- 21,2%)

Aumento di ricoveri per uso di cannabinoidi (+1,2%)

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Figura I.3.25: Percentuale dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per sostanza d'abuso. Anni 2006 - 2009



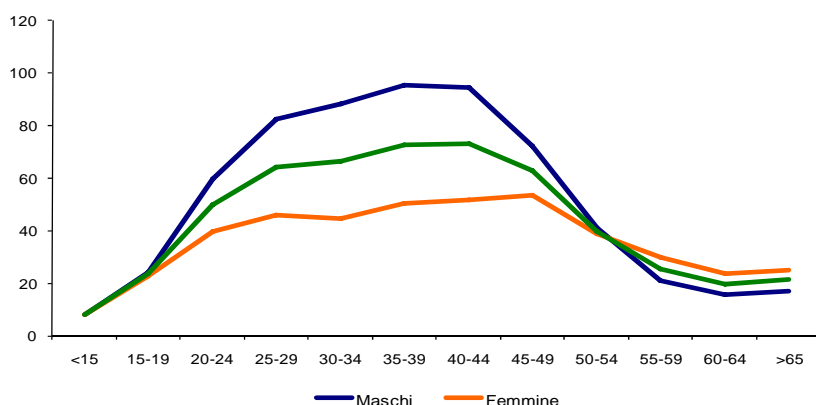
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Tra le sostanze di abuso indicate con maggior frequenza, si rilevano le sostanze non specificate (32,2%) in calo rispetto al 2008 (3,1%) seguita dagli oppiacei (23,3%) anch'essi in calo (14,4) e dai barbiturici (20,4%) in aumento (0,6%). Tra le sostanze di abuso con minor frequenza, si rilevano l'abuso di cocaina (7,9%) in calo rispetto al 2008 (-21,2%), i cannabinoidi (5,0%) in aumento (1,2%).

Come evidenziato dalla Figura I.3.26, il ricorso all'assistenza ospedaliera riguarda in prevalenza il genere maschile nella fascia di età 15-49 anni con punte massime nella classe di età 35-39 anni, con circa 96 ricoveri ogni 100.000 residenti, a differenza delle donne che primeggiano nelle fasce di età 40-49 anni con circa 105

ricoveri ogni 100.000 residenti.

Figura I.3.26: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2009



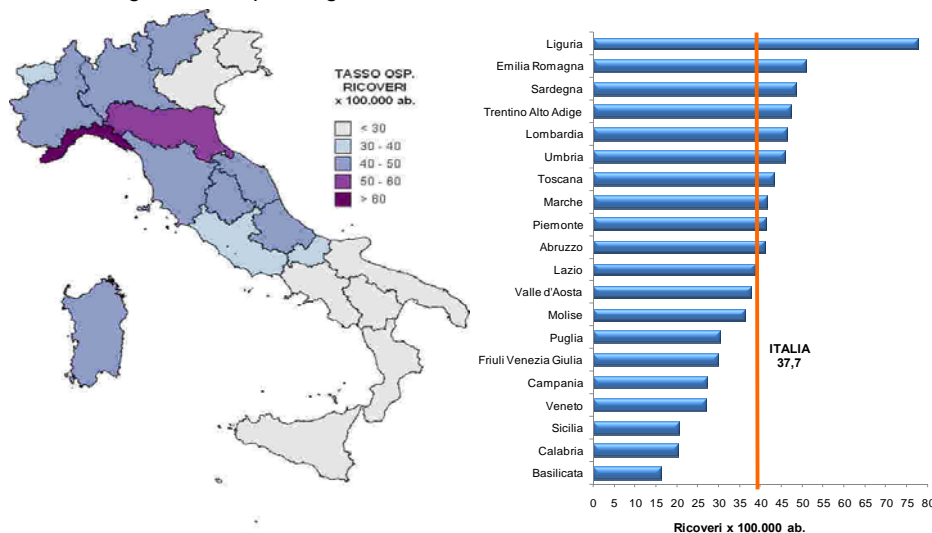
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Come si vedrà in seguito l’elevata ospedalizzazione nelle fasce di età avanzate riguardano in prevalenza l’abuso di barbiturici.

Ricoveri di soggetti con età avanzata e uso di barbiturici

A livello regionale i ricoveri droga correlati rapportati alla popolazione residente evidenziano un elevato ricorso all’assistenza ospedaliera in alcune regioni del centro-nord ed isole. In particolare in Liguria si osserva il tasso di ospedalizzazione standardizzato² più elevato con 78 ricoveri ogni 100.000 residenti, seguito a distanza dalle regioni, Emilia Romagna, Sardegna, Trentino Alto Adige e la Lombardia per le quali si registra un tasso di ospedalizzazione compreso tra 45 e 51 ricoveri per 100.000 residenti (Figura I.3.27).

Figura I.3.27: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

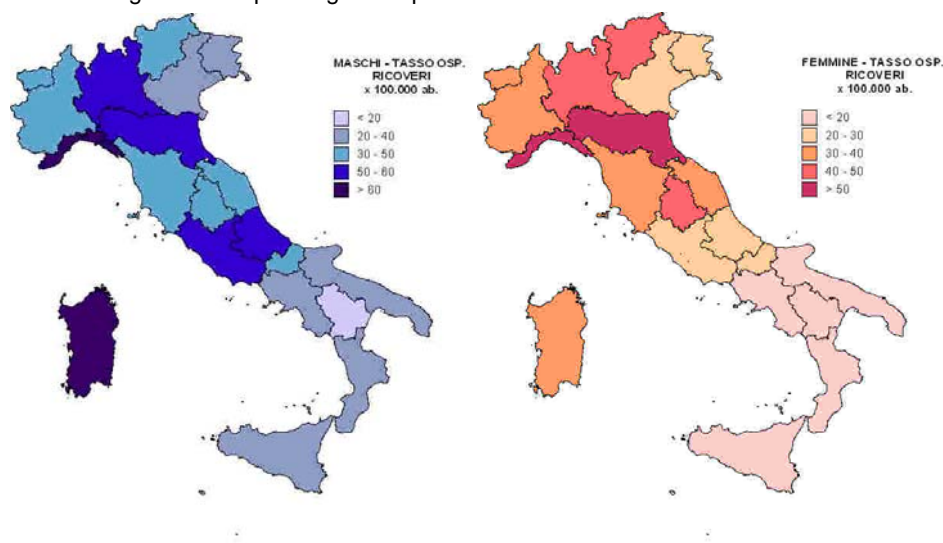
Per quanto riguarda l’analisi regionale per genere non emergono sostanziali differenze nei profili maschili e femminili. Per i maschi, la regione con più alto tasso di ospedalizzazione risulta la Liguria con 99 ricoveri, seguita dalla Sardegna con 60 ricoveri, dall’Emilia Romagna con circa 55 ricoveri, dall’Abruzzo e dal

² Al fine di depurare l’indicatore da effetti imputabili alla differente distribuzione per età della popolazione nelle singole Regioni, il tasso di ospedalizzazione è stato calcolato mediante l’applicazione del metodo di standardizzazione indiretta con una popolazione standard di riferimento.

Lazio con 54 ricoveri. Le regioni con un minor numero di ricoveri, per il genere maschile, risultano le regioni del sud: la Basilicata con 19 ricoveri, Calabria con 23 ricoveri e la Sicilia con 25 ricoveri.

Anche per il genere femminile la regione che detiene il primato di ricoveri risulta essere la Liguria con 57 ricoveri, seguita dall'Emilia Romagna con circa 47 ricoveri, dal Trentino Alto Adige con circa 46 ricoveri e, infine, dall'Umbria con circa 45 ricoveri. Parimenti al genere maschile i ricoveri droga correlati delle donne si osservano con minor frequenza le regioni del sud, la Puglia con 5 ricoveri, la Basilicata con circa 13 ricoveri, la Sicilia con 16 ricoveri e la Campania con circa 18 ricoveri (Figura I.3.28).

Figura I.3.28: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione e per Genere. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

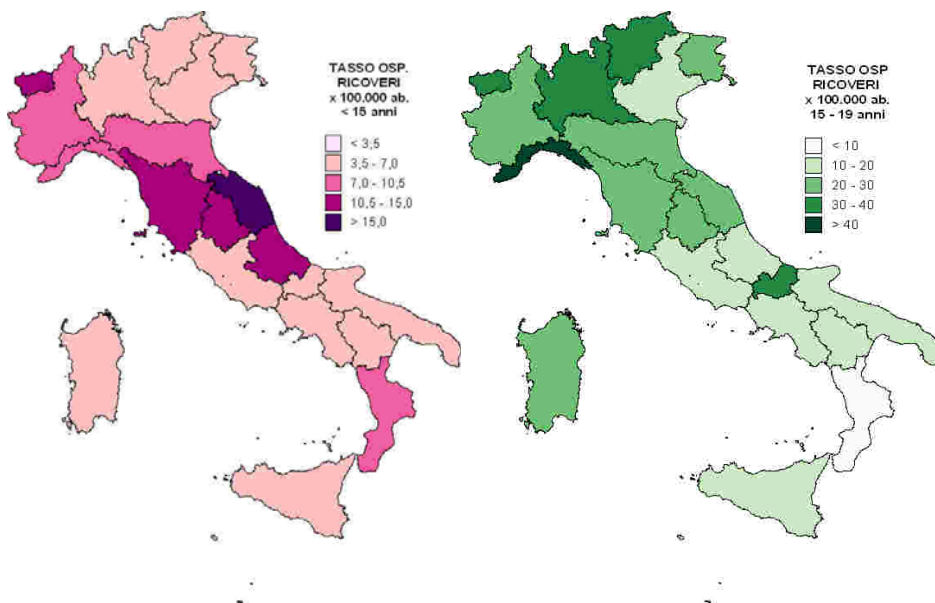
Nei ricoveri droga correlati over 55 per il genere maschile le regioni con più ricoveri risultano essere il Trentino Alto Adige con 35 ricoveri, l'Emilia Romagna con circa 27 ricoveri e infine la Sardegna con 25 ricoveri. Le regioni con minor frequenza di ricoveri risultano essere la Valle d'Aosta con 5 ricoveri, la Basilicata con 7 ricoveri e la Calabria con 9 ricoveri.

Per il genere femminile le regioni con più ricoveri sono il Trentino Alto Adige con circa 50 ricoveri, l'Emilia Romagna con 42 ricoveri e, l'Umbria con circa 38 ricoveri. Le regioni con minor numero di ricoveri, per le over 55, risultano essere le regioni del sud, la Puglia con circa 2 ricoveri, la Basilicata con 9 ricoveri e la Sicilia con circa 12 ricoveri.

Particolare rilevanza assume l'analisi del ricorso all'assistenza ospedaliera da parte della popolazione più giovane; nel 2009 la regione che detiene il primato per il tasso di ospedalizzazione più elevato tra gli adolescenti di età inferiore a 15 anni è risultata essere le Marche, con circa 17 ricoveri ogni 100.000 residenti di quella fascia di età. Segue l'Umbria con circa 15 ricoveri per 100.000 abitanti e l'Abruzzo con 13 ricoveri (Figura I.3.29).

Nella fascia di età 15-19 anni, il maggior ricorso al ricovero ospedaliero si osserva in Liguria (53 ricoveri ogni 100.000 residenti), e circa 37 ricoveri in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta. A ridosso di queste regioni si affaccia il Molise con un tasso pari a 35 ricoveri ogni 100.000 abitanti (Figura I.3.29).

Figura I.3.29: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età inferiore a 15 anni e tra 15 e 19 anni per Regione. Anno 2009



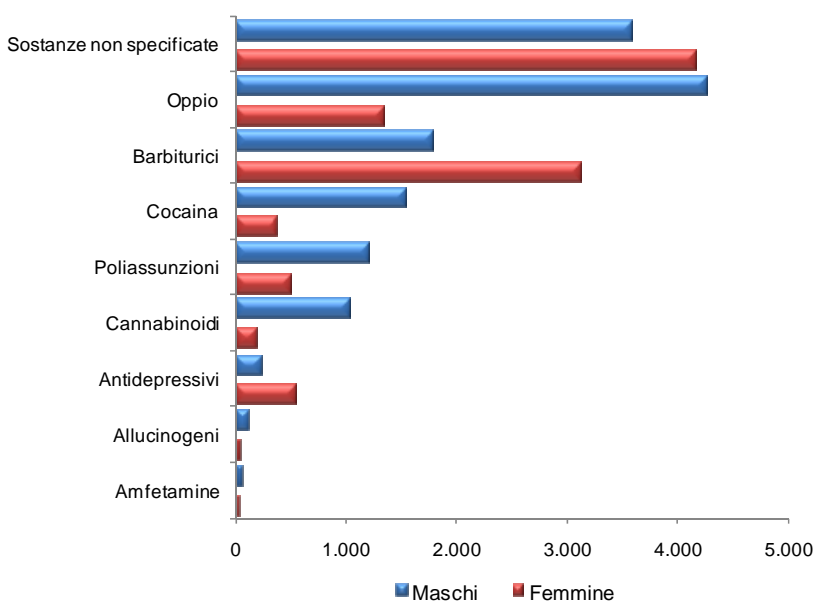
Regioni a più alto tasso di ricovero delle fasce giovanili <15-19: Toscana, Abruzzo, Umbria, Piemonte, Emilia Romagna

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

La presenza in diagnosi principale di disturbi legati a dipendenza da sostane psicotrope, abuso o avvelenamento, psicosi indotte da assunzione di droghe, tossicodipendenza in gravidanza o danni al feto indotte dall’assunzione di droghe da parte della madre, è stata indicata in 10.173 ricoveri pari al 42,4% del totale ricoveri droga-correlati del 2009. In particolare, nella maggior parte dei casi di disturbi nevrotici e della personalità indotti dall’uso di sostanze psicoattive sono stati indicati disturbi psichici in diagnosi principale o secondaria, circa l’87% dei ricoveri. Nel 24,6% dei ricoveri è stata indicata una diagnosi della categoria dei traumatismi ed avvelenamenti da farmaci medicamenti e prodotti biologici.

Disturbi psichici droga-correlati (nevrotici e della personalità)

Figura I.3.30: Distribuzione del numero di ricoveri per sostanza d’abuso secondo il genere dei pazienti ricoverati. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

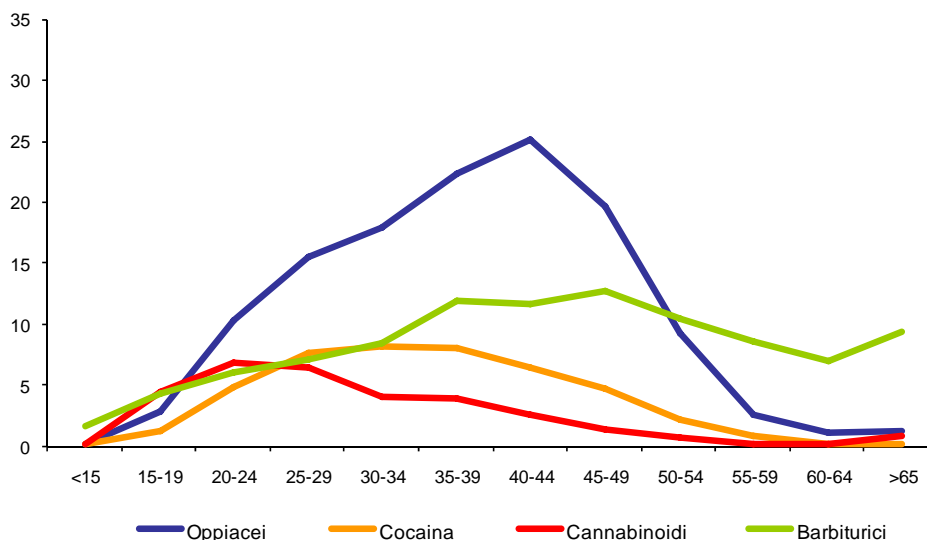
Con riferimento a 7.727 ricoveri droga correlati, pari al 32,2% del totale non è stata specificata la sostanza; per ulteriori 5.597 ricoveri (23,2%) è stata indicata in diagnosi principale o secondaria l'assunzione di oppiacei, nel 20,3% dei casi l'assunzione di barbiturici ed a seguire cocaina (8%), pluri sostanze (7,1%), cannabis (4,9%), antidepressivi (3,2%) ed in quantità trascurabili allucinogeni (0,6%) e amfetamine (0,3%) (Figura I.3.30).

La distribuzione per genere evidenzia comportamenti assuntivi differenziati, maggiormente orientati all'uso di oppiacei, cocaina, poliassunzione, cannabis e allucinogeni nel caso dei maschi, e maggiormente polarizzati sull'uso di psicofarmaci da parte delle femmine, in particolare barbiturici e antidepressivi. L'abuso di barbiturici ed altre sostanze non specificate si osservano in prevalenza nelle donne in età anziana, oltre i 65 anni, mentre l'assunzione congiunta di più sostanze riguarda in prevalenza la combinazione oppiacei – cocaina, seguita da cocaina – cannabis e oppiacei – barbiturici.

Ulteriori aspetti rilevanti ed interessanti a conferma dei profili caratteristici del tipo di sostanza psicoattiva assunta, emergono dalla distribuzione per età del tasso di ospedalizzazione secondo le principali sostanze psicotrope.

Ricoveri prevalenti per sostanze illecite per i maschi, per psicofarmaci per le femmine

Figura I.3.31: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per patologia di sostanza. Anno 2009



Età più frequente nei ricoveri per :
oppiacei 35-44 anni,
psicofarmaci 45-49 anni,
cocaina 30-39 anni,
cannabis 20-29 anni

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Il ricorso all'ospedalizzazione, se confrontato con le altre sostanze, è particolarmente frequente tra gli assuntori di oppiacei, in prevalenza tra i 35 e 44 anni, seguita dai consumatori di barbiturici, principalmente nelle fasce di età più anziane e in quella tra i 45 e 49 anni. Meno frequenti i ricoveri correlati all'uso di cocaina e cannabis che si verificano prevalentemente nella fascia di età adulta (30-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-29 anni) per i consumatori di cannabis (Figura I.3.31). Rispetto al 2007, nell'ultimo biennio si osserva una riduzione dei ricoveri per assunzione di oppiacei e cocaina (oppiacei 25,6 vs 23,3, cocaina 8,7 vs 7,9), a fronte di un aumento della percentuale di ricoveri per uso di barbiturici e poliassunzione (barbiturici 18,5 vs 20,3, poliassunzione 7,1 vs 7,6),

Diminuiscono i ricoveri per oppiacei e cocaina ed aumentano i ricoveri per poliassunzione e barbiturici

I.3.2.2 Ricoveri droga correlati in comorbilità con le malattie infettive

Concentrando l'analisi sui ricoveri con diagnosi principale riferita alle malattie dei tossicodipendenti e in secondaria alle sostanze da loro assunte, si osserva che

tra i pazienti con diagnosi principale le “malattie infettive”, il 72% fa uso di oppiacei, seguito da altre droghe con il 16%. Tra i pazienti ricoverati per disturbi all’apparato digerente il consumo da oppiacei si osserva nel 49% dei casi, percentuale che diminuisce tra i ricoverati per disturbi psichici (26%) seguito, anche in questo caso, da assuntori di altre droghe con il 28%. Infine nei pazienti con disturbi psichici si osserva un 26% con uso di oppiacei, e un 15% con consumo di cocaina.

1.3.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi

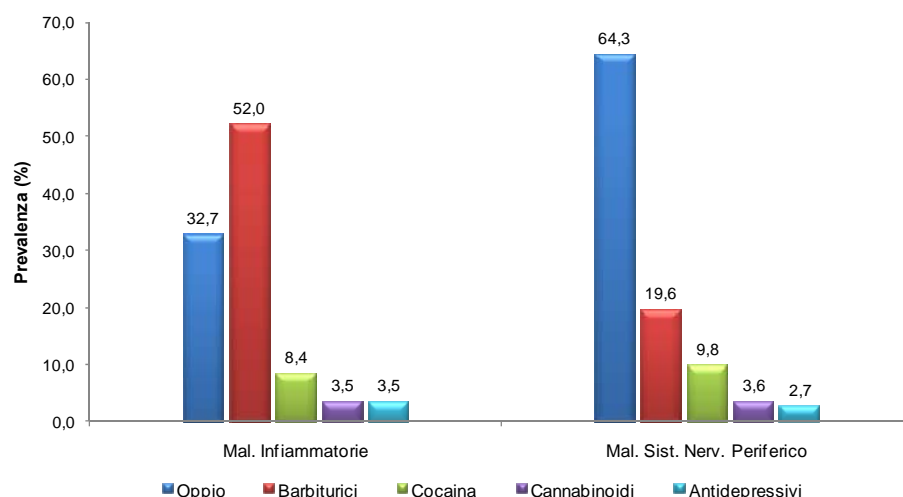
Nel triennio 2007 - 2009 la percentuale di ricoveri droga correlati, in cui sono stati indicati in diagnosi principale o secondaria, disturbi relativi al sistema nervoso centrale ed agli organi di senso, è rimasta invariata.

Stazionarietà dei ricoveri droga correlati con malattie del sistema nervoso

Maggiormente soggette a comorbilità con malattie del sistema nervoso sembrano essere le donne, alle quali si riferiscono il 69,2% dei ricoveri con tali caratteristiche. Circa 1.300 ricoveri, che rappresentano il 33% del totale droga correlati e comorbili con tali patologie, riguardano pazienti di età compresa tra 35 e 49 anni ed un ulteriore 16,8% si riferiscono a pazienti ultra sessantacinquenni.

Un’analisi più approfondita relativa alle diverse tipologie di malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi diagnosticate tra i ricoveri correlati all’uso di sostanze psicotrope, evidenzia la preponderanza di sindromi infiammatorie (oltre il 90% del totale delle patologie del sistema nervoso); in (Figura I.3.32) si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi. Rispetto all’anno 2008 si osserva una diminuzione della percentuale di ricoveri correlati all’uso di cocaina.

Figura I.3.32: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema nervoso centrale, secondo la sostanza d’abuso. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi infiammatorie si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici, contrariamente ai disturbi del sistema nervoso periferico, che, sebbene molto meno frequenti, si osservano in prevalenza tra i consumatori di oppiacei.

1.3.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

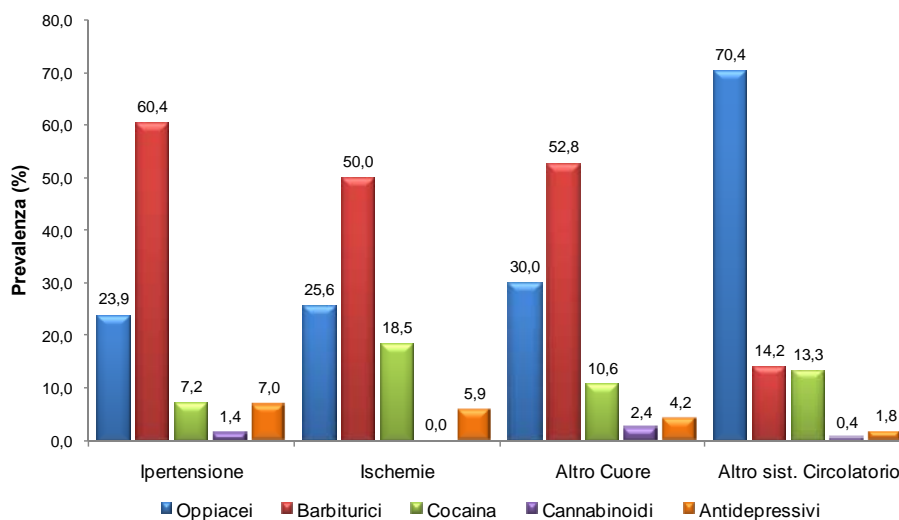
Nel 2009 i ricoveri droga correlati comorbili con patologie del sistema circolatorio hanno colpito in egual misura entrambi i generi e in quasi la metà dei casi (45,4%), pazienti ultra sessantacinquenni; raramente, vengono colpiti soggetti di età giovane (4% fino a 30 anni).

Circa il 91% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie del sistema circolatorio risultano avvenuti in regime ordinario e il 60% è a carattere urgente.

Ricoveri droga correlati anche per ipertensione e ischemia

Le patologie più frequenti diagnosticate in sede di ricovero riguardano l'ipertensione arteriosa (46,8%), altre malattie del cuore (40,6%) e malattie ischemiche del cuore (13%).

Figura 1.3.33: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema circolatorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi indicate in precedenza si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici, sebbene le ischemie si riscontrino piuttosto frequentemente anche in pazienti cocainomani e pazienti che abusano di oppiacei. Altri disturbi del sistema circolatorio si osservano quasi esclusivamente tra i consumatori di oppiacei. Nell'interpretazione delle prevalenze delle classi di patologie, va considerato che i pazienti che assumono barbiturici presentano di norma una maggior età, pertanto, essi sono maggiormente esposti a patologie cardio-vascolari.

Ischemia e cocaina

1.3.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio

Nel 2009 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi principale o secondaria relative a malattie dell'apparato respiratorio, costituiscono l'8,2% (pari a 1.973 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci.

L'analisi del genere e dell'età evidenzia tra i comorbili la percentuale più elevata di maschi (63,6%) e di ultra 65enni: il 22,4%. Un ulteriore 49,2% di ricoveri si osserva per pazienti di età compresa tra 30 e 49 anni.

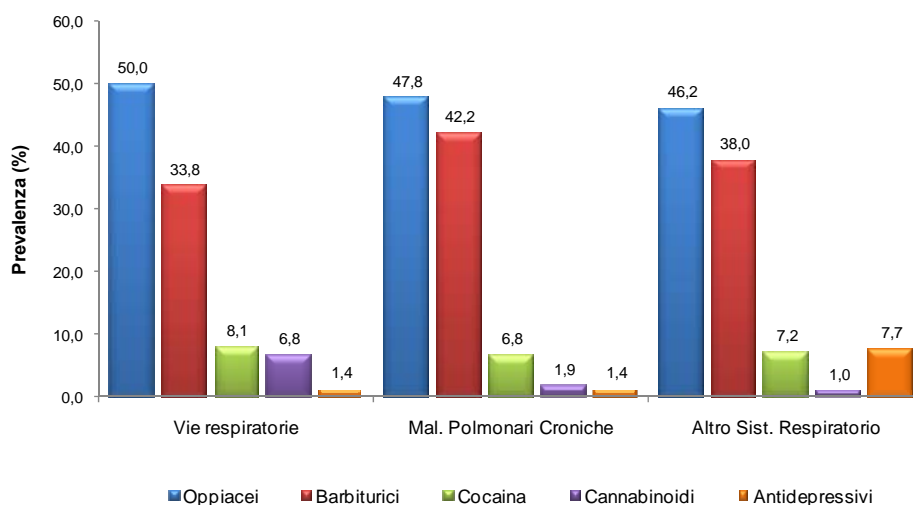
I ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano

erogati in regime ordinario nel 97,6%; e quasi il 79% è a carattere urgente, a fronte di valori più contenuti osservati per i ricoveri non comorbili (92% regime ordinario e 60% carattere urgente).

Nel 45% dei ricoveri in comorbilità con patologie dell'apparato respiratorio non è stata indicata una diagnosi specifica e in un ulteriore 27,7% di ricoveri (540) è stata riscontrata una malattia polmonare cronica ostruttiva.

Un'analisi più approfondita effettuata in base alla sostanza d'uso, rilevata tra i ricoveri droga correlati, ed alla condizione di comorbilità con le malattie in studio, evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di oppiacei (37,1%), seguiti da abuso di barbiturici (22,7%) e altre droghe non specificate (20,8%).

Figura I.3.34: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di patologie dell'apparato respiratorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi alle vie respiratorie colpiscono principalmente gli assuntori di oppiacei e di barbiturici, quest'ultimo in evidente aumento con l'anno precedente; meno marcate le differenze tra gli assuntori di oppiacei e tra coloro che lamentano disturbi polmonari cronici o altre patologie del sistema respiratorio (Figura I.3.34).

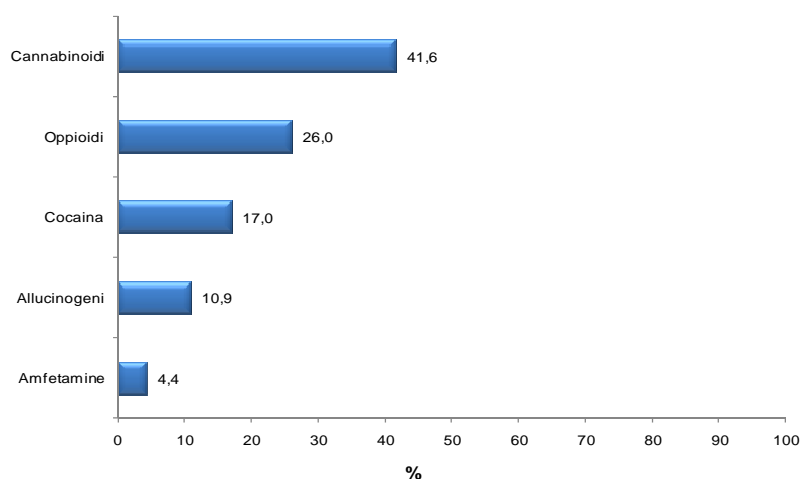
Malattie respiratorie e oppiacei

I.3.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2009)

Nel periodo compreso tra 2006 e 2009 i ricoveri correlati a droghe per soggetti minorenni sono stati complessivamente 3.049, di cui 1.567 (pari al 51,4%) riferiti a neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti.

In circa il 70% dei casi non è riportata la sostanze coinvolta: le SDO che invece contengono tale l'informazione evidenziano che la cannabis rappresenta la sostanza stupefacente più frequentemente associata (41,6% dei casi) alla diagnosi (primaria o secondaria).

Figura I.3.35: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per sostanza coinvolta.



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Nel 26,1% delle SDO la sostanza coinvolta è un oppiaceo: verosimilmente questo valore è determinato dalla presenza di un elevato numero di neonati. In parte questo può essere valido anche per le altre sostanze.

Infatti, nel 51,4% dei casi (pari a 1567 SDO) si è trattato di neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti che hanno avuto necessità di ricovero per sindrome da astinenza neonatale (935 casi pari al 59,7%), nascita pretermine complicata da disturbi (172 casi pari al 11,0%) o danni da droghe non meglio specificate (315 casi pari al 20,1%). Nel restante 9,9% non è stata rilevata una patologia a carico del neonato nonostante la madre fosse consumatrice di sostanze stupefacenti.

I.3.3 Incidenti stradali droga correlati

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità gli incidenti stradali³ sono la nona causa di morte nel mondo fra gli adulti, la prima fra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni e la seconda per i ragazzi dai 10 ai 14 e dai 20 ai 24 anni. Si stima, inoltre, che senza adeguate contromisure entro il 2020 rappresenteranno la terza causa globale di morte e disabilità.

Ci sono diversi fattori che possono contribuire al fenomeno degli incidenti stradali: il comportamento e lo stato psicofisico del conducente, le condizioni e la sicurezza dei mezzi di trasporto, la circolazione sulle strade e i pericoli legati al trasporto di prodotti pericolosi. Tra quelli legati allo stato del conducente si possono classificare come di particolare rilievo l'alcol che è il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali, e le sostanze stupefacenti specialmente se accompagnate dal consumo dell'alcol stesso.

A fronte di simili evidenze l'Oms ribadisce che non esistono livelli sicuri di consumo di alcol alla guida e che sarebbe quindi da considerarsi un contesto "Alcohol free".

L'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'Istat mediante una rilevazione totale a cadenza mensile di tutti gli incidenti stradali verificatisi nell'arco di un anno solare sull'intero territorio nazionale che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti), quindi dal computo sono esclusi gli incidenti con soli danni alle cose

L'Unione Europea, nel Libro Bianco del 13 settembre 2001, ha fissato l'obiettivo

Premessa

³ Definito "ciò che avviene su una strada pubblica, che coinvolge almeno un veicolo e che può avere conseguenze sulla salute di chi vi è coinvolto"

⁴ Osservatorio nazionale alcol – Cnesps, ISS

che prevede, entro il 2010, la riduzione del 50% della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

L'ISTAT computa come soggetti deceduti "il numero di persone decedute sul colpo od entro il trentesimo giorno a partire da quello in cui si è verificato l'incidente"; detta definizione è stata adottata a decorrere dal 1° gennaio 1999 mentre nel passato la contabilizzazione dei decessi considerava solo quelli avvenuti entro sette giorni dal momento del sinistro stradale .

In Italia, tra il 2001 e il 2009, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 215.405, con un calo del 18,1%; i morti sono diminuiti da 7.096 a 4.237 (-40,3%) e i feriti da 373.286 a 307.258 (-17,7%).

Considerando che nello stesso arco temporale (2001-2009) il parco veicolare è cresciuto di circa il 18% la performance dell'Italia è da considerarsi assolutamente soddisfacente anche se l'ambizioso obiettivo iniziale (riduzione del 50%) non sarà pienamente perseguito.

Rispetto al 2008, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-1,6%) e dei feriti (-1,1%) e un calo più consistente del numero dei morti (-10,3%).

I dati relativi all'incidentalità nei fine settimana forniti da ASAPS (Associazione Sostenitori Amici Polizia Stradale) per l'anno 2010 evidenziano un andamento positivo. Secondo i rilievi della sola Polizia Stradale e dei Carabinieri, rispetto al 2009 si registrano lievi diminuzioni per: numero complessivo dei sinistri, vittime, decessi al di sotto dei 30 anni, feriti e incidenti mortali su due ruote. Situazione negativa, invece, per il numero degli incidenti e delle vittime nelle ore notturne (22-06), entrambi in aumento. Gli incidenti complessivi sono passati da 48.442 nel 2009 a 45.757 nel 2010, -2.685 incidenti pari a un calo del 5,5%, le vittime sono passate da 1.275 a 1.253 (-1,7%) e i feriti da 38.090 sono scesi a 36.327, -1.763 pari a una diminuzione del 4,6%. I ragazzi con meno 30 anni che hanno perso la vita nel 2010 sono stati 453, contro i 471 del 2009 -18 decessi pari al -3,8%.

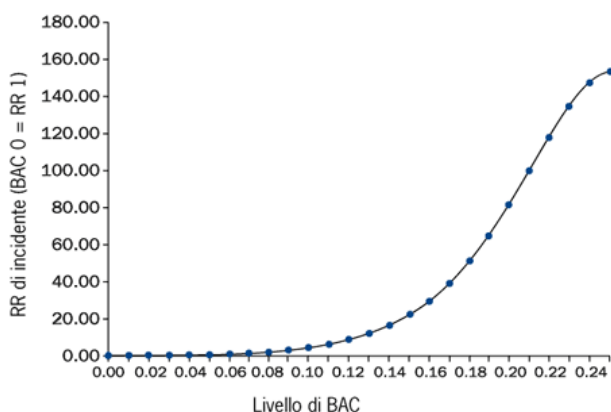
Per l'incidentalità notturna, quella relativa alla fascia oraria che va dalle 22 alle 06 del venerdì sul sabato e del sabato sulla domenica 397 persone hanno perso la vita nei 353 incidenti. Rispetto al 2009, si registra un incremento dell'1,5%, ovvero 6 decessi in più rispetto alle 391 vittime delle notti dei week-end dello scorso anno.

Si parla di guida sotto l'effetto dell'alcol quando la concentrazione ematica di alcol (BAC: Blood Alcohol Concentration) è superiore al limite legale, che in Italia si ricorda è pari a 0,5 grammi per litro. La revisione della letteratura e le esperienze in atto a livello europeo e internazionale evidenziano che un livello di alcolemia compreso tra 0,2 e 0,5 grammi/litro alcolemici si accompagna a un rischio di incidente fatale 3 volte maggiore rispetto al livello di alcolemia zero (tra 0,5 e 0,8 il rischio è 6 volte superiore; tra 0,8 e 0,9 ben 11 volte maggiore)⁴; ciò è evidente anche dalla figura I.3.36 .

Italia 2001-2009
 riduzione degli incidenti stradali - 18,1%
 riduzione dei morti: - 40,3%
 riduzione dei feriti: - 17,7%
 aumento parco veicolare: +18%
 Dati del fine settimana
 Incidenti -5,5%
 Decessi -1,7%
 Feriti -4,6%
 Decessi Under 30: -3,8%

Incidenti notturni nel weekend: +1,5%

Figura I.3.36: Stima del rischio relativo di morte per livello di BAC dei guidatori in incidenti senza il coinvolgimento di altri veicoli



Fonte: Osservatorio Nazionale Alcol

1.3.3.1 Quadro generale

Quadro generale

L'analisi di seguito riportata si riferisce esclusivamente a dati della Polizia Stradale (Ministero dell'Interno) e dal sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) del Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Il rapporto ACI-ISTAT pubblicato nel novembre 2010 e relativo ai dati dell'anno precedente, accogliendo alcune osservazioni rispetto al quadro sottostimato di incidenti alcol e droga correlati, ha sottolineato che a causa dell'esiguo numero di circostanze presunte dell'incidente legate allo stato psico-fisico alterato del conducente e ai difetti o avarie del veicolo, per l'anno 2009 non sono stati pubblicati i dati sugli incidenti stradali dettagliati per tali circostanze. Per motivi legati spesso all'indisponibilità dell'informazione al momento del rilievo, inoltre, per gli Organi di rilevazione è di estrema difficoltà la compilazione dei quesiti sulle circostanze presunte dell'incidente, quando queste siano legate allo stato psico-fisico del conducente.

Il numero degli incidenti nei quali è presente una delle circostanze appartenenti a uno dei due gruppi sopra citati risulta, quindi, sottostimato. In particolare, nel caso di incidenti stradali con circostanze presunte legate allo stato psico-fisico alterato del conducente si rileva una netta discrepanza con i risultati diffusi da altri Organismi internazionali che hanno condotto studi ad hoc su queste tematiche (nello specifico, dati e ricerche sono stati pubblicati su "Global status report on road safety: time for action", Geneva, World Health Organization, 2009 - http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf).

Il sistema di sorveglianza PASSI (la sperimentazione condotta da Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta italiana) ha pubblicato un Rapporto Nazionale su Alcol e Guida 2010 basato su una rilevazione tramite interviste telefoniche che ha coinvolto quasi 20.000 soggetti distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Tabella I.3.8: percentuale di persone intervistate che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche nell'ora precedente divise per Regione, tra coloro che dichiarano di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni.

Nelle Regioni meridionali le percentuali più basse

| Regione | % | IC 95% | |
|-----------------------|-------|--------|-------|
| Piemonte | 10,33 | 9,03 | 11,79 |
| Valle d'Aosta | 8,56 | 5,332 | 13,47 |
| Lombardia | 11,40 | 9,381 | 13,79 |
| PA Bolzano | 7,61 | 4,658 | 12,19 |
| PA Trento | 9,47 | 6,943 | 12,78 |
| Veneto | 11,22 | 10,13 | 12,4 |
| Friuli Venezia Giulia | 13,47 | 11,5 | 15,6 |
| Liguria | 9,49 | 7,376 | 12,12 |
| Emilia-Romagna | 10,13 | 8,867 | 11,55 |
| Toscana | 9,64 | 8,141 | 11,38 |
| Umbria | 8,70 | 6,893 | 10,91 |
| Marche | 11,83 | 9,661 | 14,41 |
| Lazio | 10,34 | 8,739 | 12,2 |
| Abruzzo | 12,58 | 9,608 | 16,3 |
| Molise | 10,99 | 7,221 | 16,38 |
| Campania | 6,35 | 4,791 | 8,378 |
| Puglia | 9,21 | 7,608 | 11,12 |

continua

continua

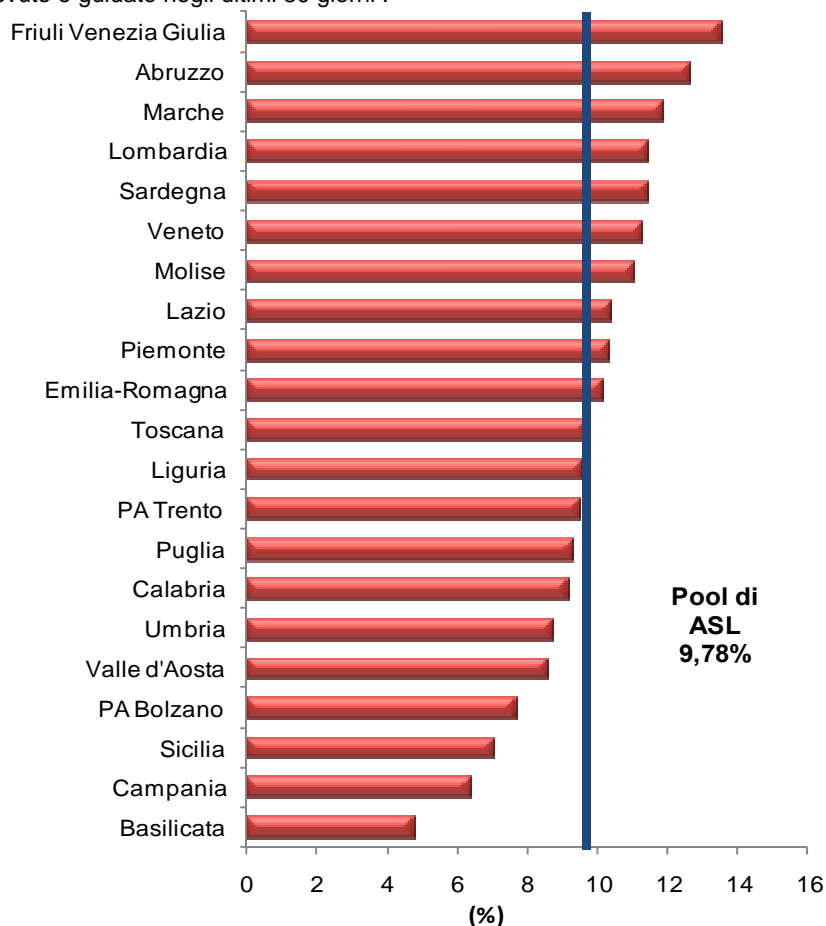
| Regione | % | IC 95% | Regione |
|-------------|-------|--------|---------|
| Basilicata | 4,74 | 2,551 | 8,637 |
| Calabria | 9,14 | 5,308 | 15,29 |
| Sicilia | 7,00 | 4,847 | 10,01 |
| Sardegna | 11,37 | 7,314 | 17,27 |
| Pool di asl | 9,78 | 9,293 | 10,3 |

Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI

Il dato medio del pool di ASL coinvolto (Tabella 1.3.8) indica che quasi il 10% di coloro che hanno consumato alcolici nei 30 giorni precedenti all'intervista ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto nell'ora successiva all'assunzione di almeno due unità alcoliche.

In particolare, l'analisi regionale evidenzia che il Friuli Venezia Giulia ha la percentuale più alta e che i valori più bassi sono riscontrabili nel sud Italia.

Figura I.3.37: percentuale di persone intervistate che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche nell'ora precedente per Regione, tra coloro che dichiarano di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni .



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI

La Polizia Stradale opera lungo la rete autostradale e la grande viabilità italiana; gli operatori della Stradale, poco meno di 12.000 unità. Ogni giorno sono impiegate circa 1.500 pattuglie sui 7.000 chilometri della rete autostradale italiana e su 450.000 Km di rete stradale primaria nazionale, dove circolano oltre 42.000.000 di veicoli. Questi dati rendono l'Italia in assoluto il Paese europeo con

il rapporto più alto tra veicoli e cittadini.

Tabella I.3.9: Infrazioni accertate per art. 186 e 187 CdS e percentuali sul totale delle stesse - Italia - anni 2008-2010

| | 2008 | 2009 | 2010 | %08 | %09 | %10 |
|---|-----------|-----------|-----------|------|------|------|
| Guida sotto l'influenza di alcool (art. 186) | 29.854 | 26.785 | 24.744 | 1,11 | 1,09 | 1,04 |
| Guida sotto l'effetto di sost. stup. (art. 187) | 2.561 | 2.211 | 2.083 | 0,09 | 0,09 | 0,09 |
| Totale infrazioni per art. 186 e 187 | 32.415 | 28.996 | 26.827 | 1,20 | 1,18 | 1,13 |
| Tot. Gen. Infrazioni | 2.697.436 | 2.448.641 | 2.369.540 | | | |

Calano le infrazioni all'art. 186 e 187 CdS

Fonte: Elaborazione su dati Ministero Interno - Polizia Stradale

Dall'analisi della tabella I.3.9 si riscontra che le infrazioni accertate per violazione degli articoli art. 186 e 187 del Codice della Strada sono in valore assoluto in diminuzione costante dal 2008 al 2010, così come il totale generale delle infrazioni; ciò potrebbe essere spiegabile sia da un comportamento più virtuoso dei conducenti che da una diminuzione del volume di controlli (il numero delle pattuglie impiegate è stato di 531.204 nel 2008, 521.473 nel 2009 e 513.719 nel 2010).

Il rapporto tra le infrazioni per alcool e sostanze stupefacenti rispetto al totale generale delle infrazioni evidenzia un trend in diminuzione per violazione art. 186 mentre è sostanzialmente costante per l'art. 187 del Codice della Strada.

1.3.3.2: Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli Incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.

Nel corso del 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha promosso la diffusione del Protocollo Drugs on Street (D.O.S.), un'iniziativa che ha l'intento di favorire la diffusione e l'attivazione a livello nazionale di attività di controllo volte alla prevenzione degli incidenti stradali causati dalla guida sotto effetto di alcol e droghe.

Il protocollo Drug on Street

L'attività di controllo svolta attraverso il protocollo D.O.S. consente di individuare i conducenti che, pur non avendo assunto alcol, risultano in stato di alterazione psico-fisica correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti e che, con i normali controlli con etilometro non sarebbero individuate per mancanza di strumenti adeguati, continuando a rimanere alla guida dei propri veicoli e rappresentando un rischio per se stessi e per gli altri sulla strada.

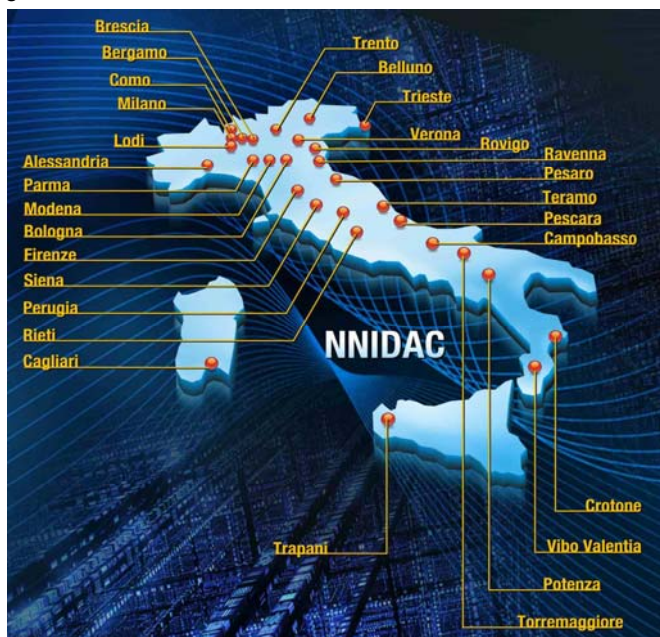
A seguito della fattiva esperienza condotta presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 20 di Verona che prosegue ormai da tre anni, il Dipartimento Politiche Antidroga ha esteso l'iniziativa alle Prefetture, agli Assessorati Regionali, alle Province Autonome e ai Comuni italiani, attraverso l'invio di materiale informativo relativo al Protocollo Drugs on Street, al fine di implementare le attività di controllo sul territorio locale.

In seguito ad un'attenta valutazione dei tassi di incidentalità e sulla base delle manifestazioni di interesse fornite dalle Prefetture, nell'anno 2009 sono stati individuati 29 Comuni italiani ai quali è stato attribuito uno stanziamento di fondi per l'attivazione di progetti esecutivi territoriali adattabili alle esigenze locali nel rispetto degli obiettivi previsti dal Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo D.O.S. Il progetto, che si avvale della collaborazione del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, del Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome, dell'ANCI, del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani e del coordinamento delle

Sperimentazione attiva in 29 Comuni italiani

Prefetture è attivo nei 29 comuni sotto riportati (figura I.3.38).

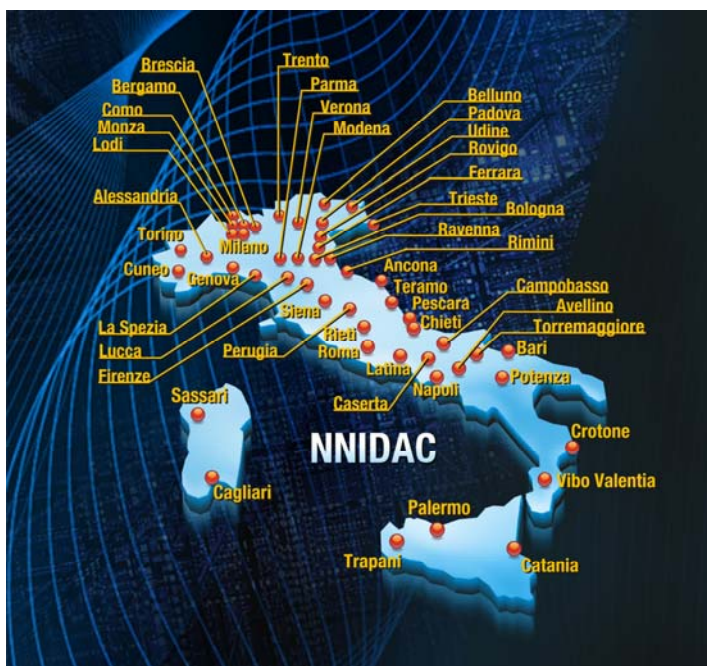
Figura I.3.38: Comuni aderenti e partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC2009-2010 – Protocollo Drugs on Street.



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC2009-2010 – Protocollo DOS

È previsto che nel corso del 2011 il progetto prosegua ampliando a 50 il numero di comuni coinvolti e partecipanti (figura I.3.39).

Figura I.3.39: Comuni previsti come partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC2010-2011 – Protocollo Drugs on Street.



I controlli, svolti grazie alla collaborazione sinergica tra Forze dell'Ordine (Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Polizia Provinciale) ed una equipe di medici e infermieri, hanno interessato una vasta superficie del territorio italiano, corrispondente a 5.256,06 kmq e pari all'1,74% dell'intera superficie italiana, ed una popolazione (fascia d'età 15-64 anni) potenziale di 4.635.728 abitanti pari all'11,69% della stessa fascia d'età.

I risultati di seguito riportati sono relativi alle attività di controllo condotte presso i comuni interessati nei primi undici mesi delle attività progettuali, ovvero svolte da maggio 2010 ad aprile 2011.

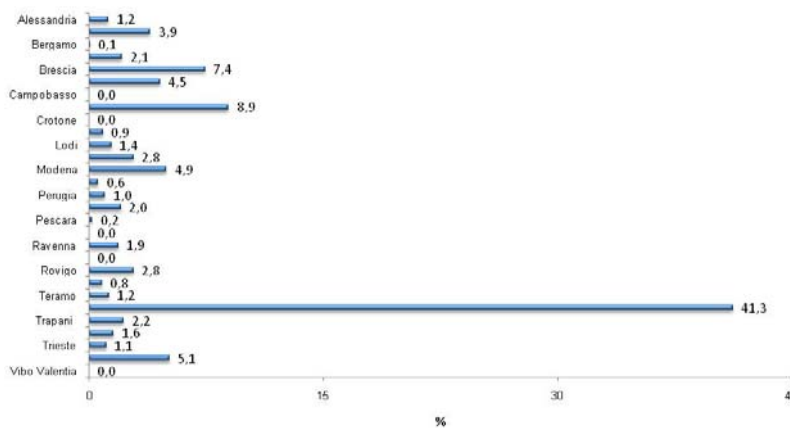
I risultati descritti si riferiscono ad un campione di conducenti sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici, fermati con criterio casuale tra la popolazione dei conducenti sul territorio nazionale, in fascia oraria notturna (00.00 - 6.00) compresa tra venerdì e sabato.

Durante l'attività di controllo sono stati fermati quasi 38.000 veicoli e sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici oltre 19.267 conducenti, nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Risultati emersi

Figura I.3.40: Distribuzione percentuale dei veicoli controllati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010

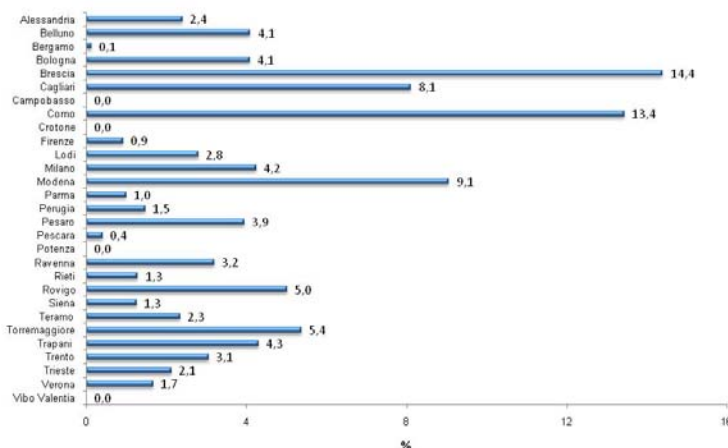
38.000 Veicoli controllati



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Figura I.3.41: Distribuzione percentuale dei conducenti esaminati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010

19.267 conducenti sottoposti ad accertamenti clinico-tossicologici



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Tabella I.3.10: Controlli effettuati sui conducenti fermati per accertamenti artt. 186 e 187 CdS, ed esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati

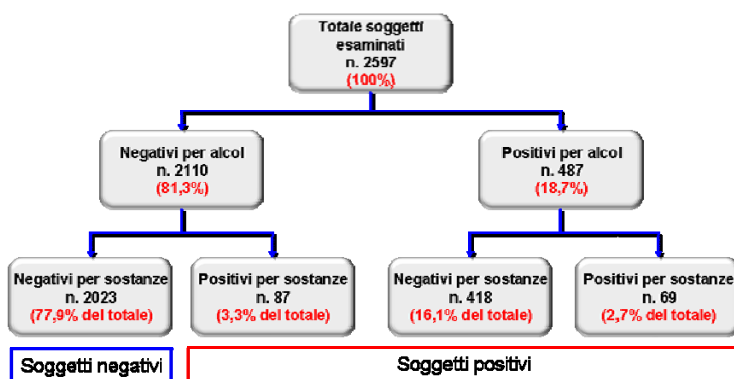
| Caratteristiche | N | % c |
|--|--------|------|
| Controlli effettuati | | |
| Totale Conducenti fermati | 19.267 | 100 |
| Totale esaminati solo per alcol | 16.647 | 86,4 |
| Totale esaminati per alcol e droga | 2.597 | 13,5 |
| Rifiuti ad effettuare esami clinico-tossicologici | 23 | 0,1 |
| Esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati | | |
| Conducenti negativi | 18.158 | 94,4 |
| Positivi Solo Alcol (art. 186 e 186bis del C.d.S.) | 930 | 4,8 |
| Positivi Solo Droghe (art. 187 C.d.S.) | 87 | 0,5 |
| Positivi Alcol e Droghe (artt. 186, 187 C.d.S.) | 69 | 0,4 |
| Totale Conducenti Positivi | 1086 | 5,6 |

Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Rispetto all’intero campione di conducenti sui quali sono stati eseguiti i controlli, è emersa una positività all’alcol, alle droghe o all’associazione di alcol e droghe pari al 5,26%. Tra i conducenti positivi all’etilometro (930), la maggior parte (80%) ha un tasso alcolemico compreso tra 0,5 – 1,5 g/l (fino a 3 volte il limite legale consentito, pari a 0,5 g/l), l’11% un’alcoemia compresa tra 0,0 – 0,5 g/l (limite per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose) e il restante 9% un’alcoemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo.

Figura I.3.42: Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga.

3% Positivi droghe ma negativi all'alcol

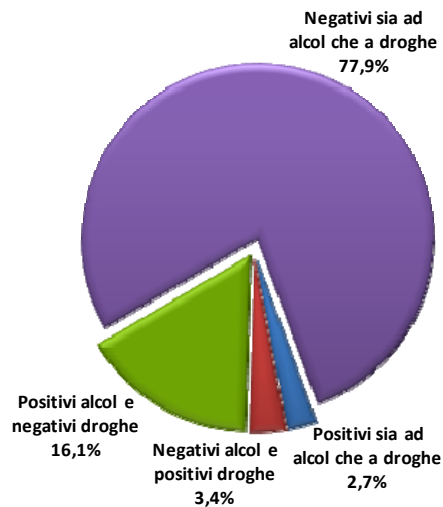


Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Va evidenziato che sul totale degli esaminati per alcol e droga (2.597), tra coloro che sono risultati negativi ai controlli con alcolimetro, il 3,35% è risultato invece positivo agli accertamenti tossicologici.

Figura I.3.43: Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga.

77,9% negativi all'alcol e droghe

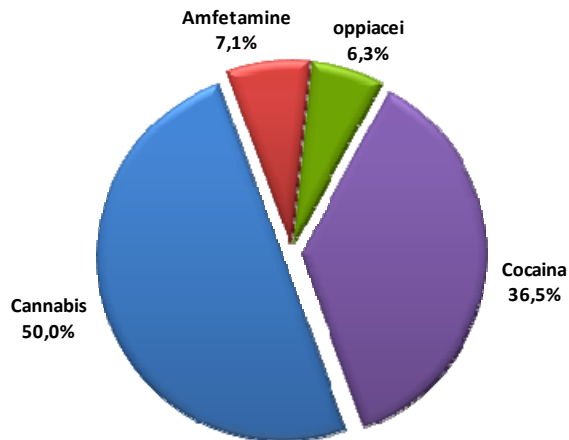


Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Tra i conducenti risultati positivi alle droghe la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (50% dei casi) e svolge un ruolo principale nel determinismo di incidenti stradali sia per la frequenza d'uso nella popolazione generale, sia per gli effetti conseguenti l'assunzione, seguita dalla cocaina (36,5%), dagli oppiacei (6,3%) e dalle amfetamine (7,1%).

Figura I.3.44: Positività alle sostanze psicoattive riscontrate tra i conducenti esaminati

50% positivi per cannabis, 36,5% positivi per cocaina



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

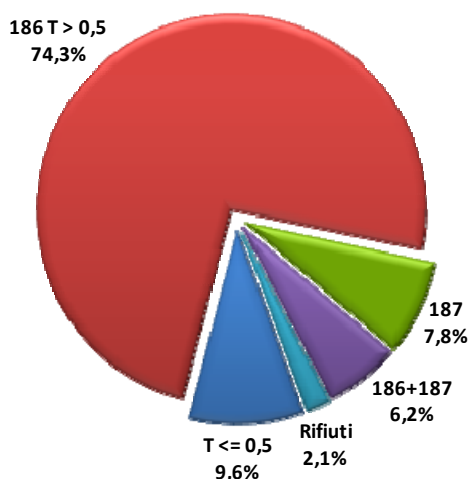
Un fenomeno riscontrato con una certa frequenza riguarda la poliassunzione, ossia l'assunzione contemporanea di diversi tipi di droghe o l'associazione di alcol e droghe. Nonostante l'esiguità dei dati è possibile evidenziare la frequente combinazione di cannabis e cocaina, alcol e cannabis o alcol e cocaina.

Il nuovo Codice della Strada, di recente modificato (legge 29 luglio 2010, n. 120), regola la guida in stato psicofisico alterato con tre articoli specifici. Agli articoli 186 “Guida sotto l'influenza dell'alcool”, 187 “Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti”, si è aggiunto l'articolo 186-bis, che regola la “Guida sotto l'influenza dell'alcool per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose”. Con l'attivazione del Protocollo Drugs on Street e sulla base del nuovo sistema normativo che prevede sanzioni più severe per i trasgressori, sono state intensificate le azioni di controllo e monitoraggio sulle strade.

Il nuovo Codice della Strada

Figura I.3.45: Sanzioni dei conducenti positivi

1003 patenti ritirate
89 veicoli sequestrati



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC

Sul totale dei conducenti sanzionati (1.109), sono state ritirate 1003 patenti e sequestrati 89 veicoli.

Il 74,3% dei conducenti esaminati è stato sanzionato per abuso di alcool (tra 0,5 – 1,5 g/l), che risulta essere il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali. Seguono le sanzioni per gli articoli 186-bis con il 9,6%, 187 con il 7,8%, e poliassunzione di sostanze stupefacenti associata all'uso di alcool col il 6,2%.

La diffusione del Protocollo Drugs on Street a livello nazionale ha posto le basi per sviluppare e incrementare azioni di prevenzione e controllo mirate a contrastare l'incidentalità stradale alcool e droga correlata.

La creazione di reti a livello locale composte dalle Prefetture, Forze dell'Ordine, personale sanitario e altri Enti coinvolti nei progetti territoriali, il supporto formativo organizzato dal Dipartimento Politiche Antidroga, nonché le campagne informative locali, hanno costituito un Network efficace non solo per effettuare controlli su strada, nel rispetto delle norme previste dal Codice della Strada, ma anche per creare un effetto deterrente sui territori interessati rendendo più consapevoli i conducenti che si sono messi alla guida.

I risultati positivi raggiunti dalle attività progettuali in 29 Comuni hanno dimostrato l'efficacia degli interventi in termini di individuazione dei conducenti alla guida in stato alterato, la fattibilità organizzativa e il grado di accettabilità sia da parte degli operatori che dei conducenti, pertanto si è deciso di promuovere per il biennio 2011-2012 il metodo in tutta Italia coinvolgendo, a livello esecutivo, complessivamente 50 comuni italiani e relative Prefetture.

I.3.4. Mortalità acuta droga correlata

Come da indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, l'argomento della mortalità nei consumatori di droga viene suddiviso tra mortalità per intossicazione acuta e mortalità tra i tossicodipendenti per altra causa. La prima viene analizzata nel presente paragrafo, mentre nel successivo verranno descritti i decessi di pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate.

Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) del Ministero dell'Interno, che rileva tali episodi su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive) in cui siano state interessate le Forze di Polizia.

In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, anno in cui si sono registrati 1.002 casi di decesso per overdose, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 al 2007 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 551 e i 653 decessi. Nel triennio successivo si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2010 (Figura I.3.46). Gli andamenti per genere non evidenziano particolari differenze ed il rapporto dei decessi tra maschi e femmine si attesta all'incirca a 10 maschi ogni donna (9,5); tale quoziente varia da un minimo di 7,2 nel 2003 (in cui il 12,2% dei deceduti era costituito da donne) ed un massimo di 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi) (Tabella I.3.11).

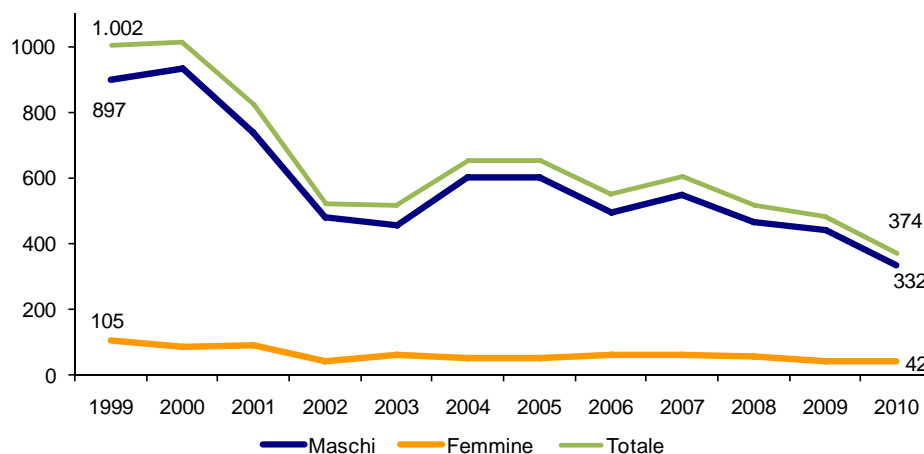
Trend in forte decremento dei decessi droga correlati: da 1.002 decessi nel 1999 a 374 nel 2010

Tabella I.3.11: Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2009

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| M | 897 | 931 | 737 | 478 | 454 | 602 | 602 | 492 | 546 | 462 | 440 | 332 |
| F | 105 | 85 | 88 | 42 | 63 | 51 | 51 | 59 | 60 | 55 | 44 | 42 |
| Tot. | 1002 | 1016 | 825 | 520 | 517 | 653 | 653 | 551 | 606 | 517 | 484 | 374 |
| M/F | 8,5 | 11,0 | 8,4 | 11,4 | 7,2 | 11,8 | 11,8 | 8,3 | 9,1 | 8,4 | 10,0 | 7,9 |

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

Figura I.3.46: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2010

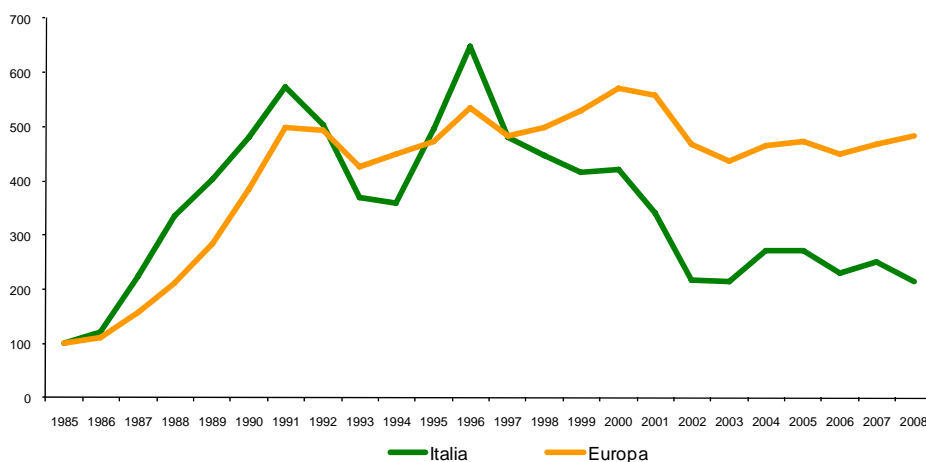


Continua la diminuzione dei decessi

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

I decessi per intossicazione acuta da stupefacenti in Europa e in Italia hanno subito un'impennata negli anni ottanta e primi anni novanta; in Italia soprattutto in associazione all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via parenterale. Dal 1997, in Italia, il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente fino al 2002, con molta probabilità conseguente all'aumento negli ultimi anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, per stabilizzarsi a valori lievemente superiori nel periodo successivo, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati (Figura I.3.47).

Figura I.3.47: Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2008 (Anno base 1985=100)



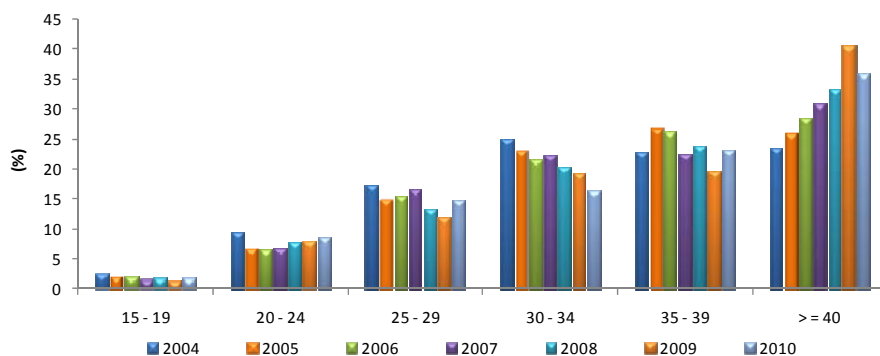
Maggior decremento dei decessi in Italia rispetto al trend europeo

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2010

Nell'ultimo decennio l'età del decesso è progressivamente aumentata, passando in media dai 32 anni circa del 1999 ai 36 del 2010; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2010 tale quota raggiunge il 58%, con un picco del 60% nel 2009. Caratteristiche sostanzialmente simili si riscontrano dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere, sebbene in quello femminile si osservi una maggiore variabilità nel periodo temporale oggetto di analisi. Per entrambi la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40, a fronte di una progressiva riduzione dei decessi nella fascia di età 30-34 sia per i maschi che per le femmine.

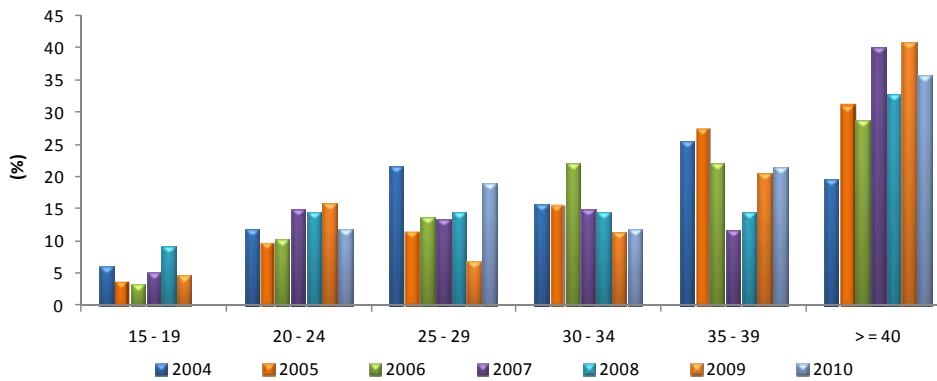
Aumento dell'età media del decesso: da 32 nel 1999 a 36 nel 2010

Figura I.3.48: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2004 – 2010



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

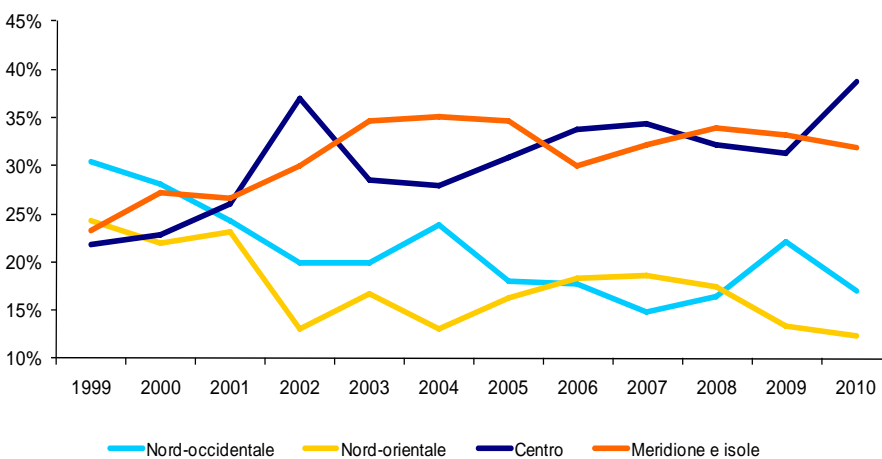
Figura I.3.49: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2004 – 2010



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

Differenze tra i generi si osservano nelle fasce di età dei giovani adulti (20-24 anni) e giovanissimi (15-19 anni) con percentuali di decessi più elevate per le femmine. Nella fascia di età più giovane, si osserva una tendenziale riduzione nel tempo della percentuale di decessi tra i maschi, fino al 2009, con un successivo lieve aumento nel 2010. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi è costantemente superiore ai maschi di giovane età, con valori massimi nel 2008 (11,5%); nel 2010 si annulla in relazione all'assenza di decessi (Figura I.3.49).

Figura I.3.50: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 – 2010



Percentuale maggiore di decessi in meridione/isole e centro

Trend geograficamente differenziati: aumento al centro diminuzione al nord, meridione e isole

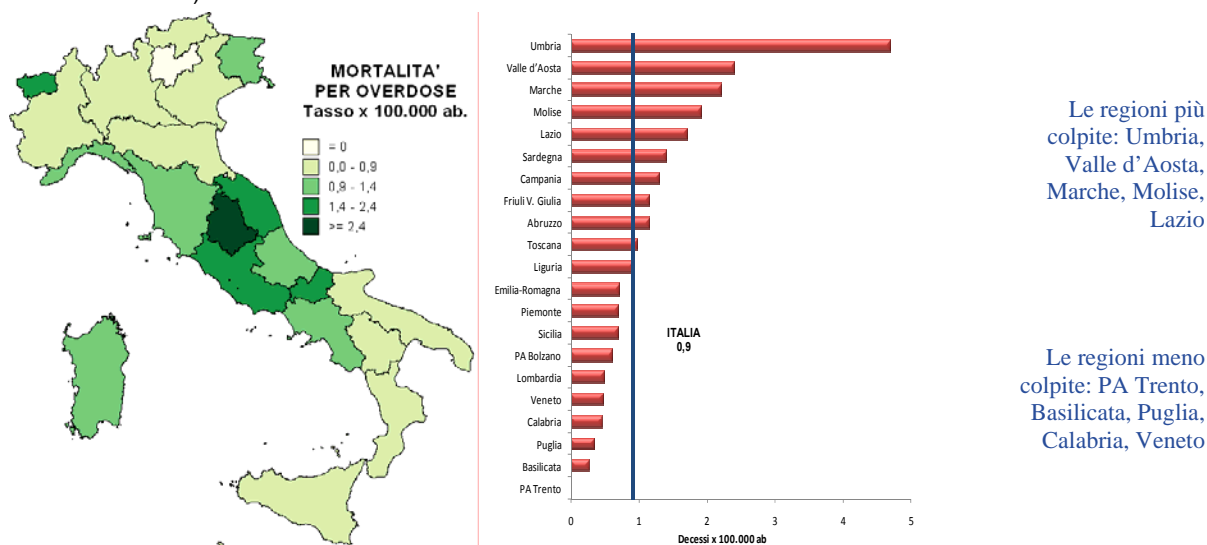
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta a livello territoriale nell'ultimo decennio evidenzia una predominanza nell'area centro-meridionale del Paese, che si mantiene con una discreta variabilità per tutto il periodo considerato. Nel 2010, si osserva un aumento dei decessi nel centro Italia ed una riduzione in tutte le altre zone del Paese (Figura I.3.50).

Anche nel 2010, l'Umbria risulta essere la Regione maggiormente colpita dai decessi per overdose facendo registrare un picco pari a quasi 5 decessi ogni 100.000 residenti, seguita dalla Valle d'Aosta e dalle Marche. Gli unici due casi registrati nel Trentino Alto Adige, sono localizzati all'interno della Provincia

Autonoma di Bolzano (Figura I.3.51).

Figura I.3.51: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2010



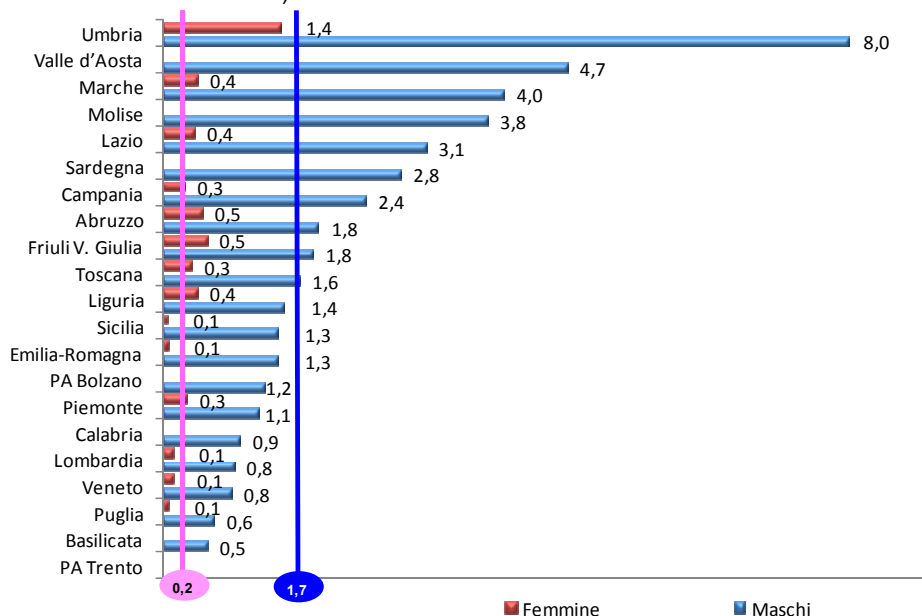
Le regioni più colpite: Umbria, Valle d'Aosta, Marche, Molise, Lazio

Le regioni meno colpite: PA Trento, Basilicata, Puglia, Calabria, Veneto

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

La distribuzione del tasso di mortalità⁵ per intossicazione acuta per genere e per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Regione Umbria per entrambi i generi (8 decessi per 100.000 residenti maschi e 2 decessi per 100.000 residenti femmine). Tale indicatore risulta sensibilmente inferiore per le femmine in tutte le regioni e PP.AA. con valore medio nazionale pari a 0,2 decessi per 100.000 residenti a fronte di 1,7 decessi per 100.000 residenti osservato nei maschi (Figura I.3.52).

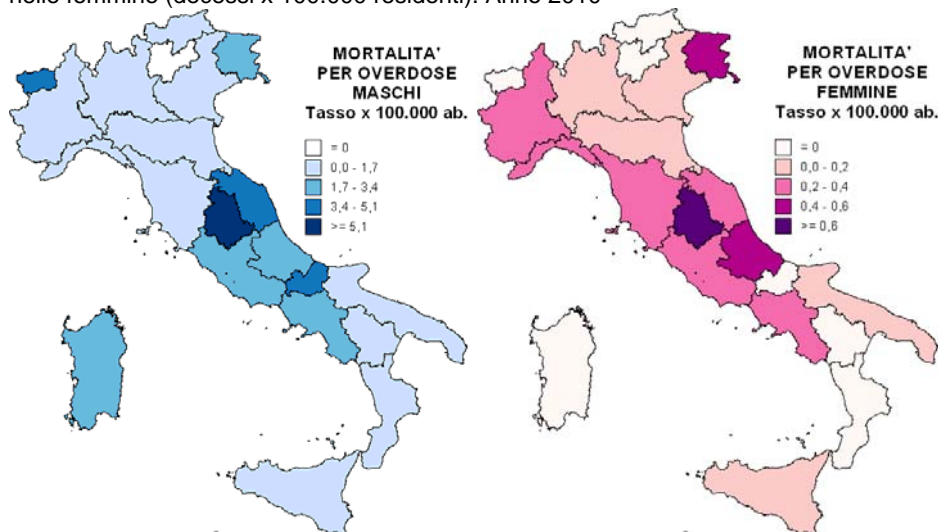
Figura I.3.52: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti, per genere (decessi x 100.000 residenti). Anno 2010



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

⁵ Il tasso di mortalità per intossicazione acuta viene calcolato dividendo il numero di deceduti e residenti in una determinata regione sulla popolazione (15-64 anni - a rischio) residente nella regione alla data del 1 gennaio 2010.

Figura I.3.53: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti, nei maschi e nelle femmine (decessi x 100.000 residenti). Anno 2010

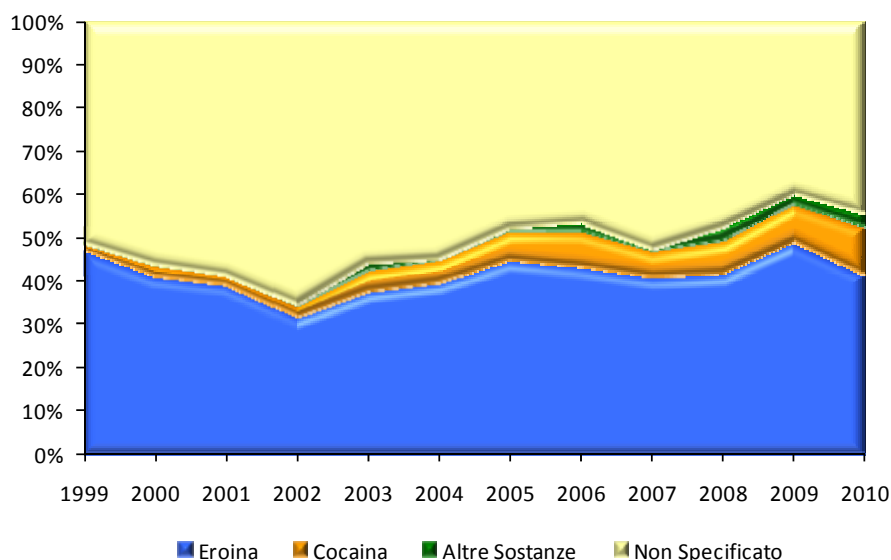


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per circa il 44% dei decessi registrati nel 2010 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso (si ricorda che non ci si basa su indagini tossicologiche ma su meri elementi circostanziali); nel 41% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nell'11% alla cocaina, nel 2% al metadone e nel restante 2% ad altre sostanze (un decesso per M.D.M.A. amfetamina, uno per crack, uno per hashish ed uno per barbiturici). L'eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi e di tossicodipendenze. Come nel 2009, l'età media dei decessi per eroina è mediamente pari a 37 anni, mentre per la cocaina si passa da 36 a 37 anni.

Eroina prima
sostanza
responsabile
dei decessi

Figura I.3.54: Percentuale dei decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza. Anni 1999 – 2010



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

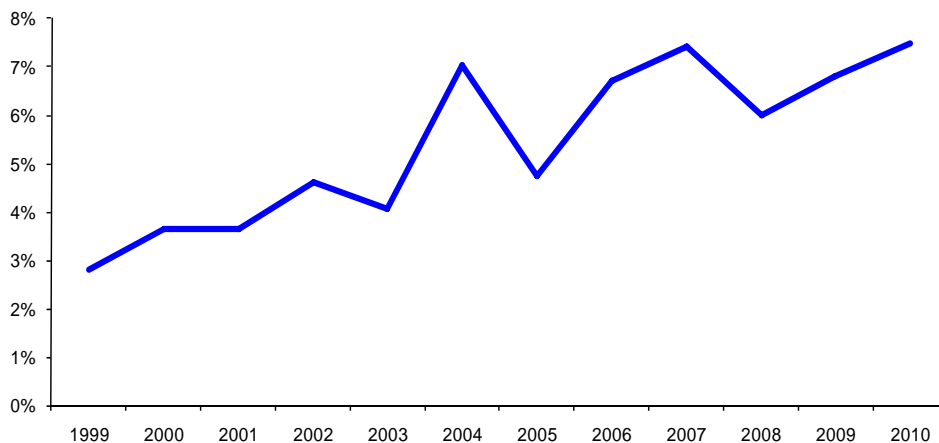
Dal 1999, anno in cui si sono registrati 470 morti attribuite ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002 raggiungendo

165 decessi; dal 2004 al 2009 (ad eccezione di un picco nel 2005) si osserva una tendenziale stabilità del fenomeno, tra i 200 e i 250 casi l'anno; nel 2010 si registra un nuovo forte decremento (154 decessi). Anche la quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, in lento ma graduale aumento fino al 2009, nel 2010 ha fatto registrare una lieve diminuzione, passando da 43 a 41 decessi (Figura I.3.54).

Trend in lieve diminuzione di overdose per la cocaina

La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.3.55) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente, al di sotto del 3% ad inizio periodo, arrivando al 7,5% nel 2010.

Figura I.3.55: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 – 2010



Aumento percentuale delle overdose nella popolazione straniera

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

I.3.5. Mortalità tra i consumatori di droga

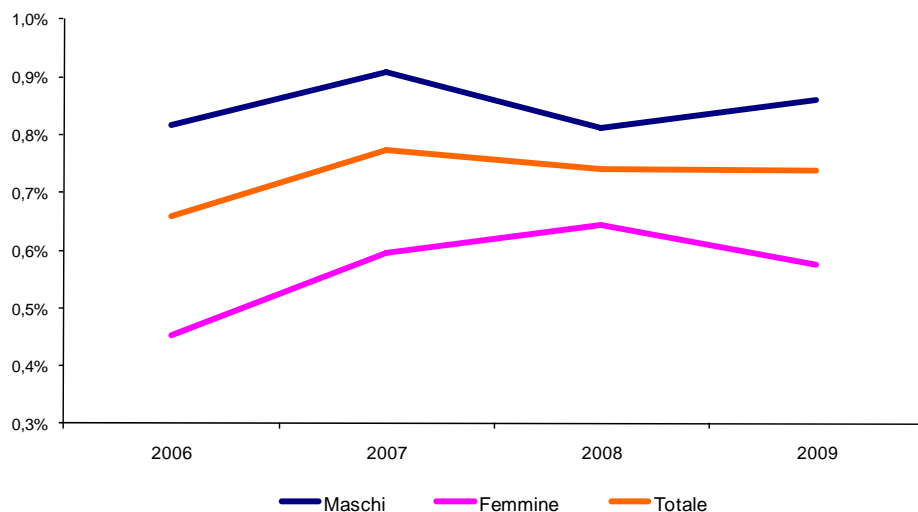
L'intossicazione acuta da una e più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe, tuttavia il fenomeno della mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari e epatopatie) o i decessi indirettamente correlati all'uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall'intossicazione acuta).

Ancora difficoltosa la ricostruzione delle varie cause di morte droga correlate

L'attribuzione della causa di morte si basa sulla prima diagnosi del medico che certifica la morte o del necroscopo e non su una specifica documentazione clinica; c'è quindi un problema di corretta e completa certificazione clinica, di accuratezza nella "causa iniziale", cioè "la malattia, o causa, che ha dato inizio al concatenamento di eventi che ha avuto il decesso come esito finale".

La morte prematura che può riguardare persone anche molto giovani e non necessariamente in fase di uso dipendente o in situazione di cronicità, è determinata sia da cause naturali (soprattutto infezioni e problemi/complicanze cardiovascolari) che da cause non naturali (overdose, suicidi, omicidi, incidenti stradali e sul lavoro). La registrazione di tali elementi viene però raramente rilevata in relazione all'azione delle sostanze psicoattive. Una componente informativa aggiuntiva rispetto alla mortalità droga correlata, sebbene parziale in relazione a quanto sopra esposto, può essere desunta dall'analisi della scheda di dimissione ospedaliera, relativamente ai ricoveri droga correlati.

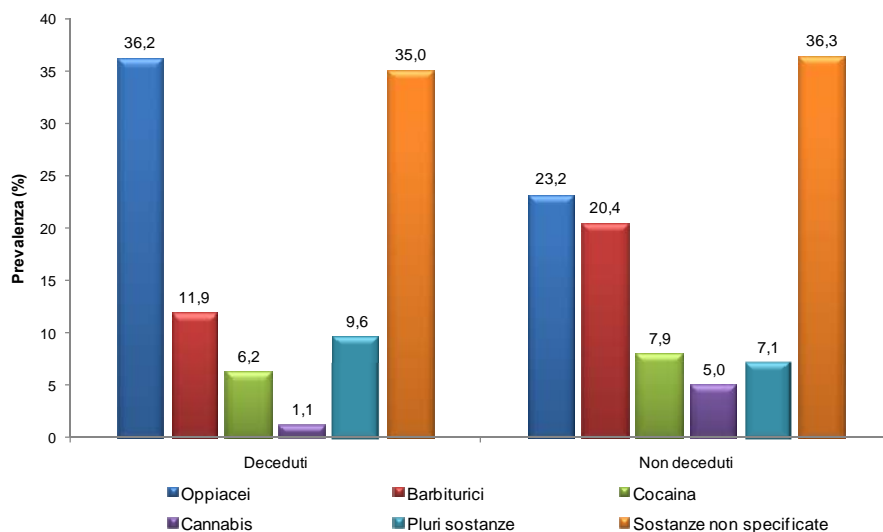
Figura I.3.56: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso per genere. Anni 2006 – 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

I ricoveri con esito infausto si attestano a valori inferiori all'1% del totale dei ricoveri droga correlati nel 2009 (177). Negli ultimi quattro anni dopo un lieve aumento dei decessi dal 2006 al 2007, l'andamento si è stabilizzato. Per il genere femminile, l'andamento dei decessi evidenzia un aumento fino al 2008 (0,4% nel 2006, 0,6% nel 2007 e 0,65% nel 2008) per poi attestarsi allo 0,6% nel 2009.

Figura I.3.57: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

