

CAPITOLO I.4

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

I.4.1. Malattie infettive droga correlate

I.4.1.1 Diffusione HIV e AIDS

I.4.1.2 Diffusione di Epatite virale B

I.4.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I.4.1.4 Diffusione di Tubercolosi

I.4.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

I.4.2.1 Ricoveri droga correlati

I.4.2.2 Ricoveri droga correlati in comorbilità con le malattie infettive

*I.4.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso
centrale e degli organi dei sensi*

*I.4.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema
circolatorio*

*I.4.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato
respiratorio*

I.4.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2011)

I.4.3. Dati malattie infettive 2012 (Flusso SIND)

I.4.3.1 Diffusione HIV e AIDS

I.4.3.2 Diffusione di Epatite virale B

I.4.3.3 Diffusione di Epatite virale C

I.4.4. Incidenti stradali droga correlati

*I.4.4.1 Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli
Incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.*

I.4.5. Mortalità acuta droga correlata

I.4.6. Mortalità tra i consumatori di droga

I.4. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

Nota tecnica introduttiva

Con l'introduzione del decreto SIND dell'11 Giugno 2010, che ha sostituito il precedente flusso di dati aggregati D.M. del 20/09/1997, l'invio delle informazioni da parte delle Regioni al Ministero della Salute e il successivo trasferimento al DPA sui test per infezione da HIV, epatite virale B ed epatite virale C per l'anno 2012, ha subito una serie di problemi e difficoltà tecniche (tipiche dell'avvio dei nuovi sistemi informativi complessi) che ha comportato una forte riduzione del numero di dati validi per le elaborazioni per la maggior parte delle Regioni e Province Autonome (Tabella I.4.1), rendendo di conseguenza inattendibili con i nuovi dati 2012 la rappresentazione aggiornata di un profilo nazionale dei risultati relativi a tale aspetto del fenomeno. Il Dipartimento Politiche Antidroga a tal fine, ritiene pertanto opportuno non pubblicare i risultati delle elaborazioni condotte sui dati 2012 provenienti dal flusso SIND, non essendo ancora consolidato e controllato la qualità; riproponendo pertanto i dati riferiti al periodo precedente 2011. Per comprendere meglio il problema che si è presentato viene riportata in seguito una tabella esemplificatrice in cui si può evincere il grado del problema dei dati mancanti (Tabella I.4.1). Nell'80% circa degli utenti in carico ai servizi (164.101 soggetti) mancavano i dati relativi alla condizione sierologica per l'epatite B e C rendendo, quindi impossibile le elaborazioni.

Tabella I.4.1: Percentuale di utenti in carico ai Ser.T. per i quali Non sono stati inviati dati su test HBV e HCV per Regione. Anno 2012

Regioni e PP.AA.	Totale Utenti in Carico	Soggetti con info mancanti per HBV		Soggetti con info mancanti per HCV	
		N	%	N	%
Abruzzo	3.994	3.050	76,4	3.043	76,2
Basilicata	1.404	1.072	76,4	1.037	73,9
Calabria	3.651	3.574	97,9	3.573	97,9
Campania	15.937	15.904	99,8	15.793	99,1
Emilia Romagna	13.035	4.460	34,2	4.421	33,9
F.V.G.	3.173	2.825	89	2.828	89,1
Lazio	15.153	14.793	97,6	14.773	97,5
Liguria	7.110	5.248	73,8	5.543	78,0
Lombardia	18.188	6.309	34,7	7.398	40,7
Marche	4.993	4.993	100	4.993	100,0
Molise	1.148	1.056	92	1.053	91,7
Piemonte	9.747	9.747	100	9.747	100,0
P.A. Bolzano	725	725	100	725	100,0
P.A. Trento	1.068	1.068	100	1.068	100,0
Puglia	15.185	15.134	99,7	15.053	99,1
Sardegna	5.486	5.486	100	5.486	100,0
Sicilia	10.941	9.101	83,2	9.222	84,3
Toscana	17.948	16.775	93,5	16.777	93,5

continua

continua

Regioni e PP.AA.	Totale Utenti in Carico	Soggetti con info mancanti per HBV		Soggetti con info mancanti per HCV	
		N	%	N	%
Umbria	3.083	1.544	50,1	1.632	52,9
Valle d'Aosta	273	208	76,2	205	75,1
Veneto	11.859	8.308	70,1	8.364	70,5
Totale	164.101	131.380	80,1	132.734	80,9

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

I dati relativi ai test per HIV presentano, inoltre, anche un altro problema relativo alla privacy, in quanto, per mantenere tale condizione, il trasferimento di uno specifico archivio non contenete alcun riferimento in grado di identificare, anche indirettamente, il singolo assistito perdendo quindi l'anonimato. Questo comporta che non è possibile l'individuazione delle persone alle quali il test è stato somministrato più volte all'anno di riferimento (riportate più volte all'interno dell'archivio) che andrebbe a generare conteggi multipli.

Tale aspetto risulta particolarmente importante nell'ambito delle analisi del numero di soggetti per i quali dispone l'informazione sull'esecuzione del test rispetto al contingente complessivo di persone assistite dai servizi, relativamente all'impossibilità del calcolo dell'indicatore. Infatti, potendo essere erroneamente un soggetto contato più volte, può verificarsi la condizione che il numero di soggetti con informazioni sull'esecuzione del test sia superiore al totale assistiti.

I.4. 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.

Le modalità di assunzione delle sostanze psicoattive e lo, nonché il tipo di stile di vita condotto dalla generalità degli assuntori regolari, comportano elevati rischi di 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.

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.

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

Incidenti stradali alcol e droga correlati

Decessi per effetti acuti

I.4.1. 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.

Trasmissione dati 2011

In relazione alla nota tecnica introduttiva, gli indicatori sulle malattie infettive (HIV, HBV e HCV) nel 2011, sono stati calcolati utilizzando le informazioni pervenute dal Ministero della Salute mediante i flussi previsti dal D.M. 20 Settembre 1997 e dal D.M 11 giugno 2010. Alla data del 18 maggio 2012, l'adeguamento delle Regioni al flusso informativo, come fatto presente per gli utenti in trattamento, non è avvenuto su tutto il territorio nazionale, rimanendo quindi ancora in vigore il precedente flusso di dati aggregati, utilizzato anche da numerose Regioni e Province Autonome, che hanno implementato il flusso SIND, al fine di poter operare confronti di coerenza dei dati provenienti dai due flussi informativi. Nella tabella I.4.1 è rappresentato il prospetto di sintesi sulla trasmissione del flusso SIND o ANN 04, 05 e 06, del Ministero della Salute alla data del 18 maggio 2012. Per alcune Regioni non è stato possibile effettuare l'analisi sulle malattie infettive HIV, HBV e HCV per problemi o di invio parziale del flusso o di mancanza di trasmissione dei flussi. In sintesi, per l'analisi sulle malattie infettive sono pervenuti i flussi di dati:

Trasmissione dati da parte delle Regioni e PP.AA

- flusso SIND e dati aggregati ANN 04, 05 e 06: Abruzzo, Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto;
- solo flusso SIND: Emilia – Romagna e Lombardia;
- solo flusso ANN 04, 05 e 06: Calabria, Marche, Molise, Sardegna e Toscana;
- flusso SIND parziali: Piemonte e Lazio; indicatori non calcolabili
- nessun flusso trasmesso: Liguria
- flusso SIND solo per le malattie infettive HBV e HCV: Umbria

Tabella I.4.2: Trasmissione flussi informativi per le dipendenze. Anni 2010 e 2011

Regione	Flusso informativo	Calcolo indicatori
Abruzzo	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Basilicata	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Calabria	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Campania	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Emilia - Romagna	flusso informativo SIND	indicatori calcolabili

continua

continua

Regione	Flusso informativo	Calcolo indicatori
Friuli Venezia Giulia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Lazio	flusso informativo ANN e SIND parziali	indicatori non calcolabili
Liguria	flussi informativi non trasmessi (SIND e ANN)	indicatori non calcolabili
Lombardia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Marche	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Molise	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
PA Bolzano	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
PA Trento	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Piemonte	flusso informativo SIND parziale	indicatori non calcolabili
Puglia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Sardegna	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Toscana	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Umbria	flusso informativo SIND parziale	indicatori calcolabili
Valle d'Aosta	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Veneto	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

1.4.1.1 Diffusione di HIV e AIDS

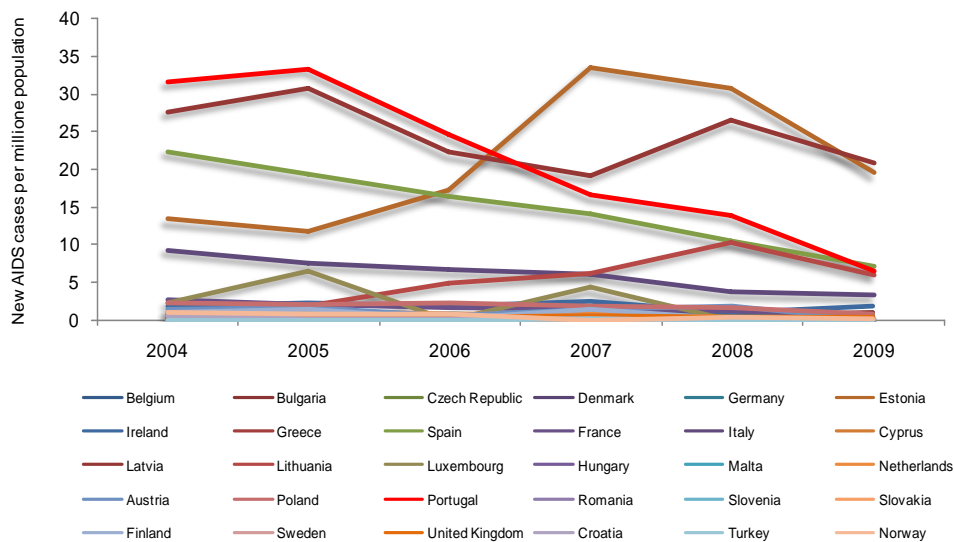
L'incidenza dell'infezione da HIV, diagnosticata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) nel 2009, indica che, in generale, il tasso di infezione sta ancora diminuendo nell'Unione Europea, dopo il picco raggiunto nel 2001 – 2002 e dovuto alle epidemie scoppiate in Estonia, Lettonia e Lituania. 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 e sono affetti da HIV, non ricevano la terapia HAART nella fase precoce dell'infezione.

Attualmente, la Lettonia è il paese con la più alta incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale con 20,8 nuovi casi stimati ogni milione di abitanti nel 2009. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Estonia, Spagna; Portogallo e Lituania; 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.4.1).

Figura I.4.1: 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 2004 - 2009



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

A livello nazionale, l'andamento delle diagnosi per AIDS è monitorato dal Centro operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità; dai dati pubblicati è possibile osservare che i casi di AIDS per modalità di trasmissione in Italia hanno subito una certa variazione. In particolare, l'acquisizione per modalità iniettiva, che rappresentava il 62,3% dei casi prima del 1999, nel 2010 si è ridotta al 21,1%, mentre la trasmissione per via sessuale è in progressivo e costante aumento nello stesso periodo temporale (omo/bisessuali da 15,6% a 24,4%; eterosessuali da 15,9% a 45,1%).

Netto calo dei casi di AIDS secondari a uso endovenoso di stupefacenti.

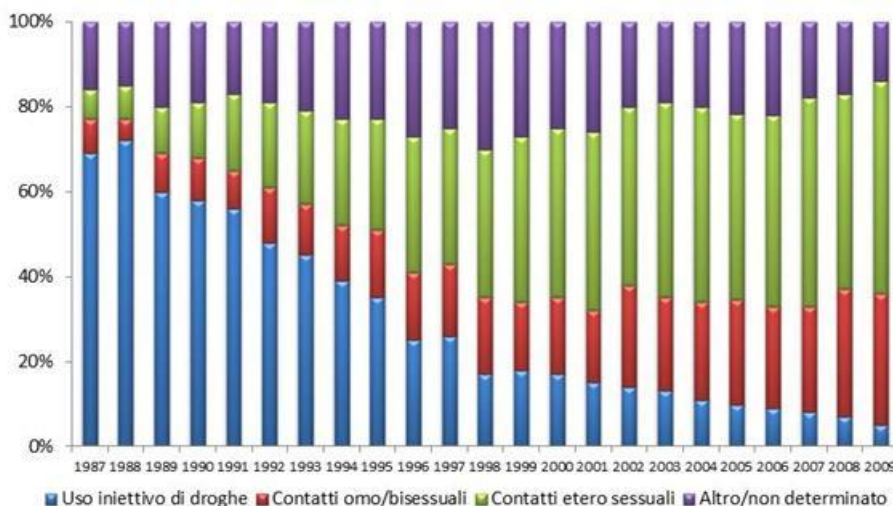
Tabella I.4.3: Andamento dei casi di AIDS diagnosticati per modalità di trasmissione fino al 2010 (valori assoluti e percentuali).

Modalità di trasmissione	Anno di diagnosi								Totale	Maschi	Femmine
	<1999	1999-00	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10				
Contatti omo/bisessuali	n. 6.749	729	614	638	618	603	450	10.401	10.401	0	
	% 15,6	17,9	17,2	19	20,9	22,4	24,4	16,8	21,7	0	
Uso iniettivo di droghe	n. 27.037	1.662	1.310	1.109	818	664	390	32.990	26.261	6.729	
	% 62,3	40,8	36,7	33,1	27,7	24,7	21,1	53,3	54,7	48,6	
Uso iniettivo di droghe - contatti omosessuali	n. 867	21	26	18	23	21	13	989	989	0	
	% 2	0,5	0,7	0,5	0,8	0,8	0,7	1,6	2,1	0	
Emofilico	n. 319	8	9	3	5	1	0	345	335	10	
	% 0,7	0,2	0,3	0,1	0,2	0	0	0,6	0,7	0,1	
Trasfuso	n. 388	22	8	10	4	4	3	439	249	190	
	% 0,9	0,5	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	0,7	0,5	1,4	
Contatti eterosessuali	n. 6.888	1.394	1.365	1.347	1.281	1.203	833	14.311	8.121	6.190	
	% 15,9	34,3	38,3	40,2	43,4	44,8	45,1	23,1	16,9	44,7	
Altro/non determinato	n. 1.125	233	234	226	202	191	158	2.369	1.650	719	
	% 2,6	5,7	6,6	6,7	6,8	7,1	8,6	3,8	3,4	5,2	
Totale	n. 43.373	4.069	3.566	3.351	2.951	2.687	1.847	61.844	48.006	13.838	

Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

Anche l'andamento dei nuovi casi di infezione da HIV riporta netto calo per la modalità di acquisizione attraverso l'uso iniettivo di droghe e un aumento dei casi per via sessuale

Figura I.4.2: Andamento dei casi di infezione da HIV diagnosticati per modalità di trasmissione dal 1987 al 2009 (valori percentuali).



Riduzione delle nuove infezioni da HIV per via iniettiva

Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

Questo fenomeno, noto già tempo, non deve comunque abbassare il livello di guardia e giustificare la riduzione del testing nei soggetti tossicodipendenti in quanto comunque esposti al rischio di infezione per HIV anche per via sessuale.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

I dati presentati in Tabella I.4.4 relativi al test sierologico per HIV evidenziano una tendenza, ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono diminuiti di 0,7 punti percentuali (70,2% nel 2010 vs. 69,5% nel 2011), pur considerando il dato 2011 parziale in relazione all'impossibilità di calcolare l'indicatore per le regioni Lazio, Liguria, Piemonte e Umbria.

No testing HIV: 69,5% diminuzione di 0,7 punti percentuali

Tabella I.4.4: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HIV. Anno 2010 e 2011

Regioni e PP.A.A.	ANNO 2010						ANNO 2011								
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Diff.
		N.U.	G.C.	Totale		N	%		N.U.	G.C.	Totale		N	%	
				N	%					N	%				
⁽¹⁾ Abruzzo	4.740	177	735	912	19,2	3.828	80,8	5.762	177	781	958	16,6	4.804	83,4	+2,6
⁽¹⁾ Basilicata	1.592	65	430	495	31,1	1.097	68,9	1.695	60	411	471	27,8	1.224	72,2	+3,3
⁽¹⁾ Calabria	4.145	304	1.330	1.634	39,4	2.511	60,6	3.651	189	1.097	1.286	35,2	2.365	64,8	+4,2
⁽¹⁾ Campania	17.878	1.762	6.602	8.364	46,8	9.514	53,2	18.764	1.915	6.951	8.866	47,3	9.898	52,7	-0,5
⁽²⁾ Emilia Romagna	12.498	559	2.342	2.901	23,2	9.597	76,8	13.470	19	7.266	7.285	54,1	6.185	45,9	-30,9
⁽¹⁾ F.V.G.	3.671	335	1.399	1.734	47,2	1.937	52,8	3.371	175	1.208	1.383	41,0	1.988	59,0	+6,2

continua

continua

Regioni e PP.A.A.	ANNO 2010							ANNO 2011							
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Diff.
		N.U.	G.C.	Totale		N	%		N.U.	G.C.	Totale		N	%	
				N	%						N	%			
⁽³⁾ Lazio	15.424	1.332	5.571	6.903	44,8	8.521	55,2	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
⁽⁴⁾ Liguria	7.262	134	1.001	1.135	15,6	6.127	84,4	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
⁽²⁾ Lombardia	23.625	677	2.320	2.997	12,7	20.628	87,3	20.623	1.378	3.115	4.493	21,8	16.130	78,2	-9,1
⁽¹⁾ Marche	5.679	373	1.947	2.320	40,9	3.359	59,1	4.993	292	1.709	2.001	40,1	2.992	59,9	+0,8
⁽¹⁾ Molise	1.202	181	257	438	36,4	764	63,6	1.148	134	264	398	34,7	750	65,3	+1,7
⁽¹⁾ P.A. Bolzano	760	0	24	24	3,2	736	96,8	755	0	0	0	0,0	755	100	+3,2
⁽¹⁾ P.A. Trento	1.127	35	586	621	55,1	506	44,9	1.068	17	593	610	57,1	458	42,9	-2,0
⁽³⁾ Piemonte	11.462	621	4.015	4.636	40,4	6.826	59,6	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
⁽¹⁾ Puglia	11.545	811	4.010	4.821	41,8	6.724	58,2	13.180	810	3.937	4.747	36,0	8.433	64,0	+5,8
⁽¹⁾ Sardegna	5.911	100	689	789	13,3	5.122	86,7	6.492	224	1.012	1.236	19,0	5.256	81,0	-5,7
⁽¹⁾ Sicilia	13.416	1.024	2.776	3.800	28,3	9.616	71,7	14.555	750	1.999	2.749	18,9	11.806	81,1	+9,4
⁽¹⁾ Toscana	13.965	377	1.777	2.154	15,4	11.811	84,6	14.314	305	1.617	1.922	13,4	12.392	86,6	+2,0
⁽²⁾ Umbria	3.555	73	574	647	18,2	2.908	81,8	-	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
⁽¹⁾ Valle d'Aosta	366	15	121	136	37,2	230	62,8	358	22	112	134	37,4	224	62,6	-0,2
⁽¹⁾ Veneto	14.333	905	3.585	4.490	31,3	9.843	68,7	14.276	687	3.065	3.752	26,3	10.524	73,7	+5,0
Totale	174.156	9.860	42.091	51.951	29,8	122.20	70,2	138.475	7.154	35.137	42.291	30,5	96.184	69,5	-0,7

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto

n.c.= non calcolabile

U.C.= Utenti in carico

N.U.= Nuovi Utenti

G.C. =Già in carico

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)

(2) Flusso SIND (Monitoraggio HIV)

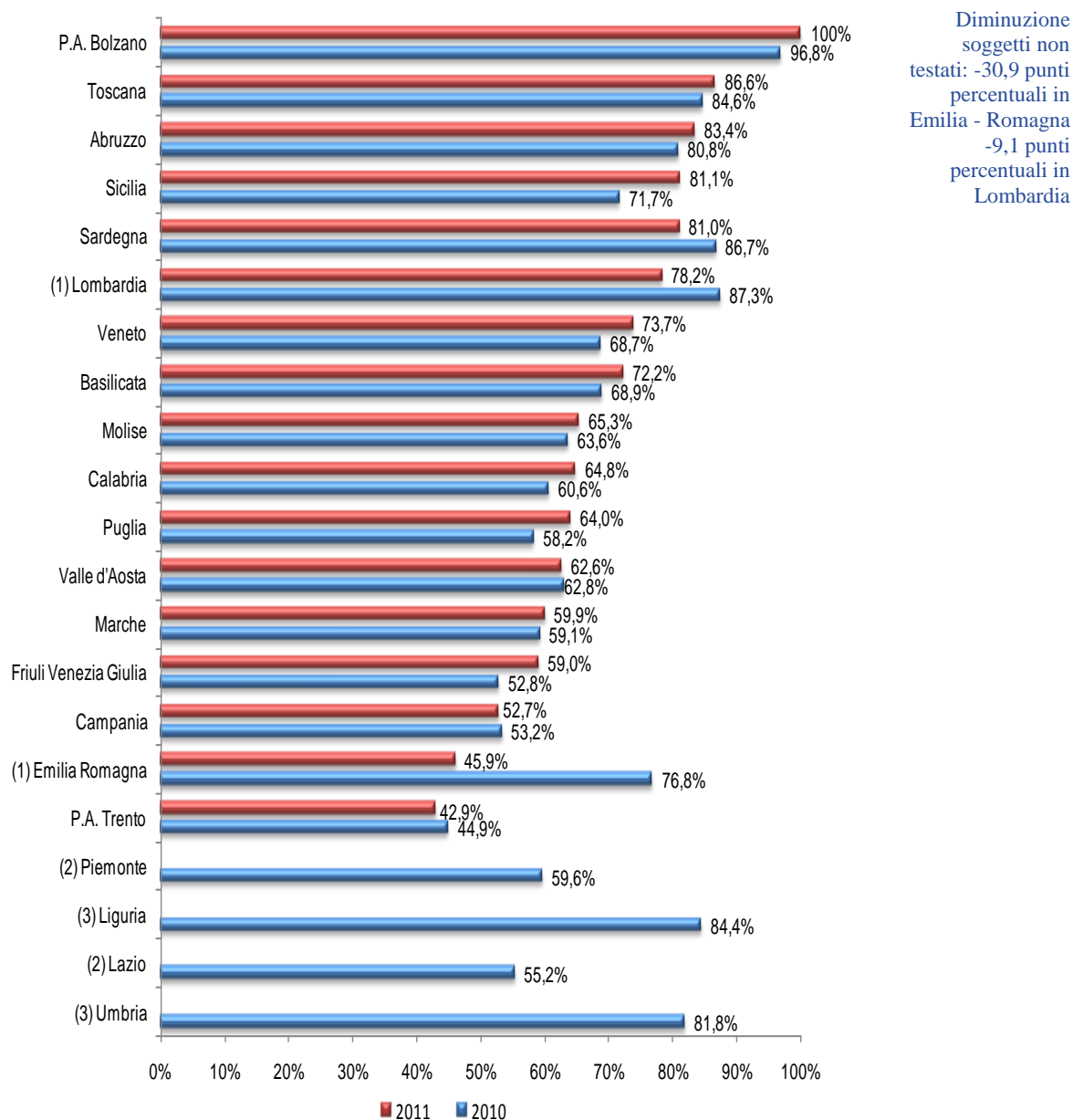
(3) Flusso informativo SID parziale (indicatore non calcolabile)

(4) Flussi informativi non trasmessi (SIND e ANN)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi due anni, a livello regionale, la contrazione del numero di soggetti non testati si osserva per la Regione Emilia – Romagna (76,8% nel 2010 vs. 45,9% nel 2011) e per la Lombardia con una diminuzione di 9,1 punti percentuali di utenti non testati (87,3% nel 2010 vs. 78,2% nel 2011). Si osserva, tuttavia, che tale forte tendenza si osserva per le uniche regioni che hanno fornito le informazioni mediante il nuovo flusso informativo SIND.

Figura I.4.3: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HIV per Regione. Anno 2010 - 2011

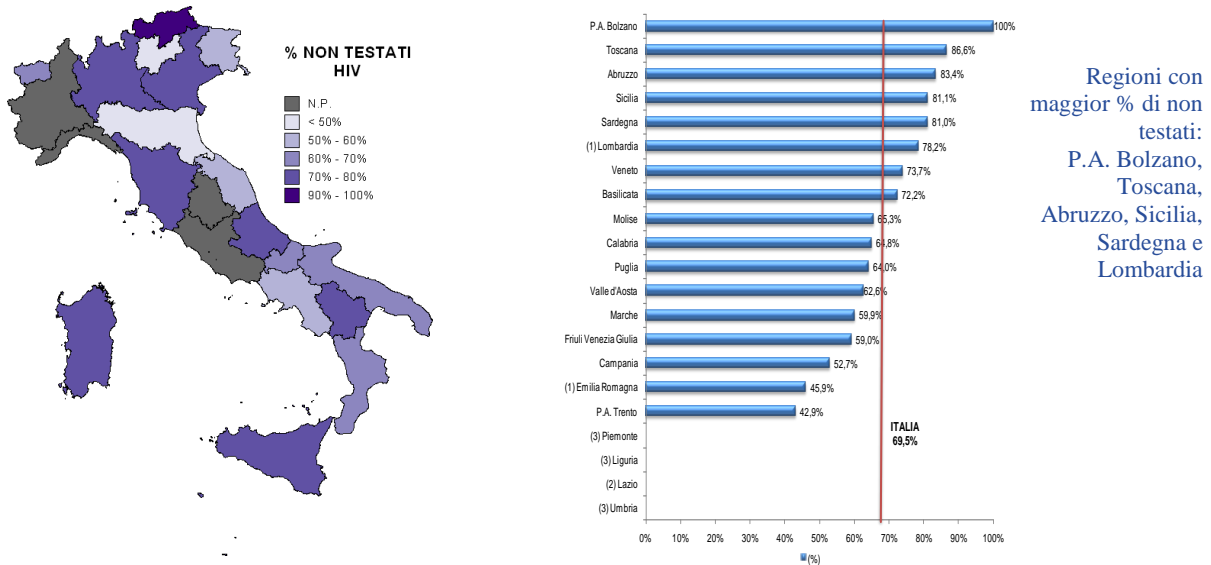


(1) Flusso informativo SIND
 (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
 (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Sulla base dei dati pervenuti nel 2011, che hanno consentito di calcolare l'indicatore di % di non testing, la distribuzione regionale evidenzia una maggior tendenza a non sottoporre gli utenti in trattamento a test per la malattia infettiva HIV, per la Provincia Autonoma di Bolzano (100%), la Regione Toscana (86,6%), Abruzzo (83,4%), Sicilia (81,1%), Sardegna (circa l'81,1%) e Lombardia (78,2%) (dato calcolato dal flusso SIND). Per contro, le regioni con una più bassa percentuale di soggetti non testati risultano essere la Provincia Autonoma di Trento (42,9%), la Regione Emilia - Romagna (45,9%) (dato calcolato dal flusso SIND), Campania (52,7%), Friuli Venezia Giulia (59,0%) e Marche (59,9%).

Figura I.4.4: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HIV per Regione. Anno 2011



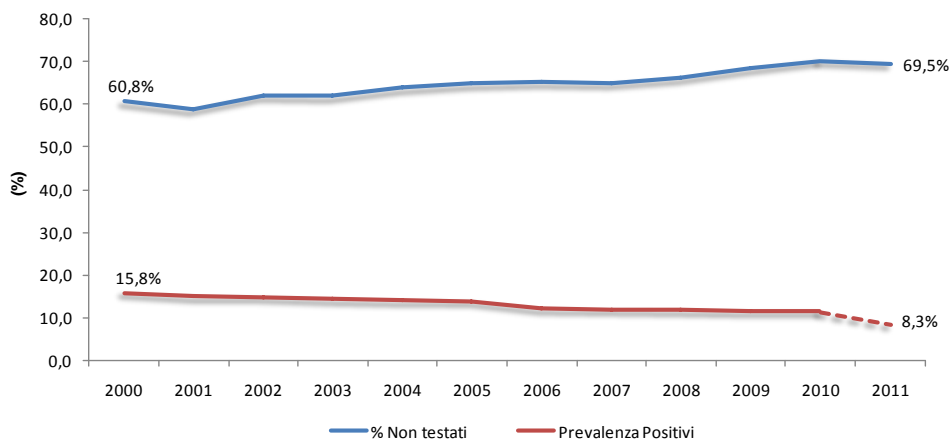
- (1) Flusso informativo SIND
- (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
- (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi dodici anni, relativamente alla presenza dell'infezione da HIV, la percentuale dei soggetti non testati è aumentata di 8,4 punti percentuali passando dal 60,8% rilevato nel 2000 al 69,5% osservato nel 2011.

Il tasso di prevalenza dell'infezione nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto passando dal 15,8% circa del 2000 al valore stimato per il 2011 pari all'8,3%; va ricordato che per le regioni Piemonte e Lazio le informazioni pervenute dal Ministero della Salute, essendo parziali, non hanno reso possibile il calcolo degli indicatori, mentre per le Regioni Umbria e Liguria l'indicatore non è stato calcolato in relazione alla mancata trasmissione dei dati sia tramite flusso SIND che flusso ANN.

Figura I.4.5: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HIV. Anni 2000 - 2011

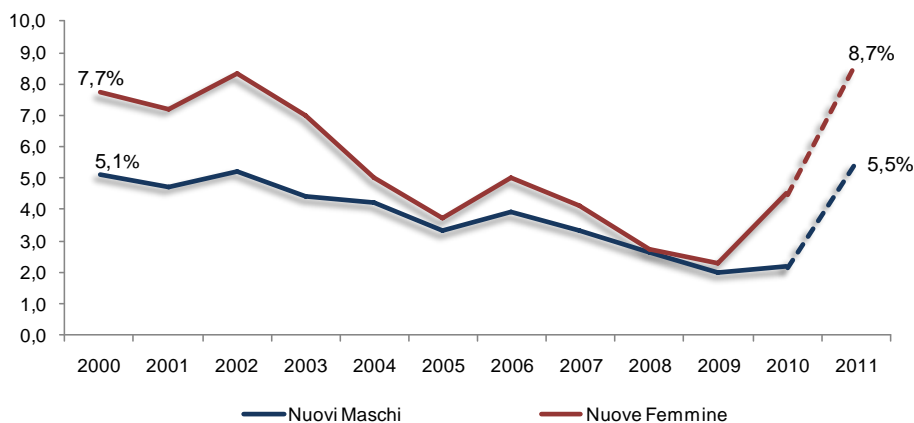


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

L'andamento della prevalenza HIV positivi osservato dal 2000 ad oggi, evidenzia un aumento stimato di 1 punto percentuale per la nuova utenza femminile (7,7% nel 2000 vs. 8,7% nel 2011), accompagnato da un aumento meno sensibile dalla

nuova utenza maschile (0,4 punti percentuali).

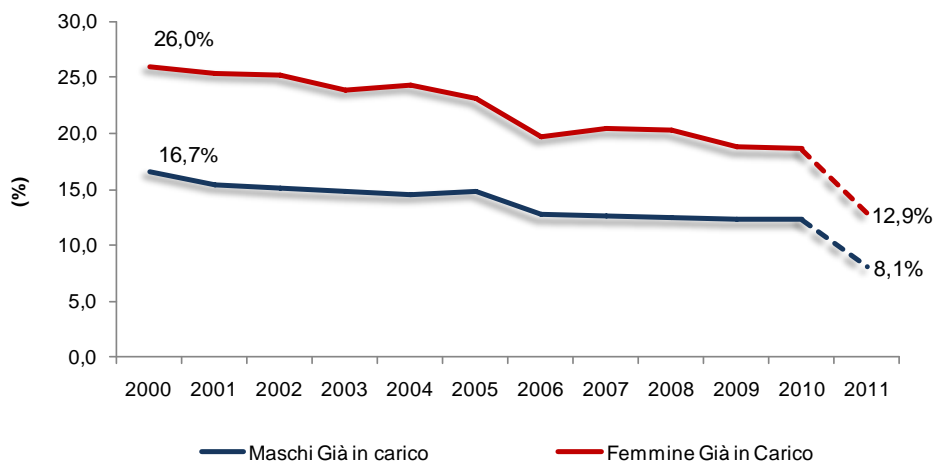
Figura I.4.6: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Per quanto riguarda l’utenza già nota ai servizi, si osserva un tendenziale decremento della prevalenza HIV positivi per l’utenza femminile pari ad una stima di circa 14 punti percentuali (26,0 nel 2000 vs. 12,9% nel 2011); se pur in maniera più lieve, anche per l’utenza maschile si rileva lo stesso andamento con una tendenziale contrazione stimata in 8,6 punti percentuali (16,7% nel 2000 vs. 8,1% nel 2011).

Figura I.4.7: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

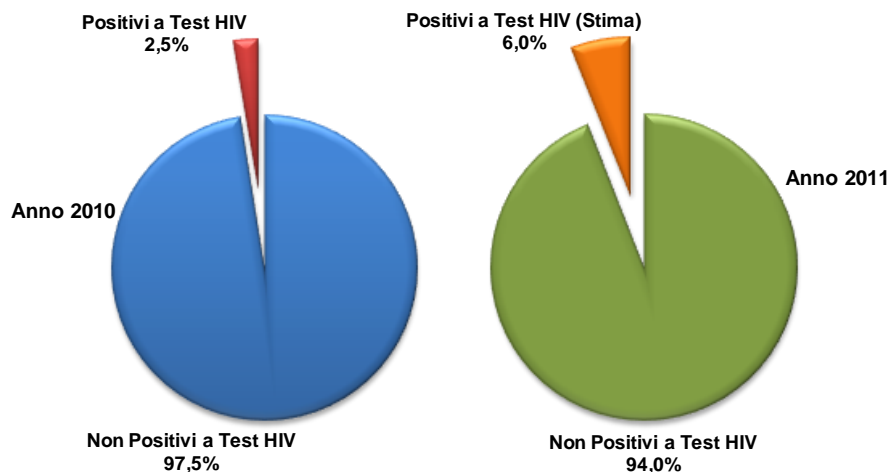
Nel complesso quindi, anche nel 2011, come già osservato nel 2010, viene confermata la tendenza all’aumento di nuovi utenti HIV positivi a fronte di una tendenza alla diminuzione tra l’utenza già nota ai servizi.

Tabella I.4.5: Prevalenza di utenti positivi secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HIV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	2,2	5,5	3,3
Femmine	4,5	8,7	4,2
Totale	2,5	6,0	3,5
Utenti Già in carico			
Maschi	12,3	8,1	-4,2
Femmine	18,6	12,9	-5,7
Totale	13,3	8,8	-4,5
Totale			
Maschi	10,6	7,7	-2,9
Femmine	16,4	12,2	-4,2
Totale	11,5	8,3	-3,2

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

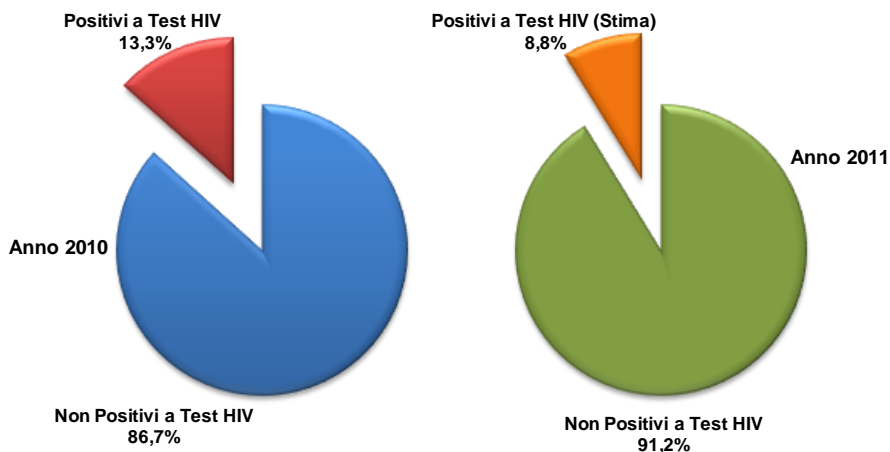
Figura I.4.8: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di
Nuovi Utenti:
2010: 2,5%
Stima 2011: 6,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

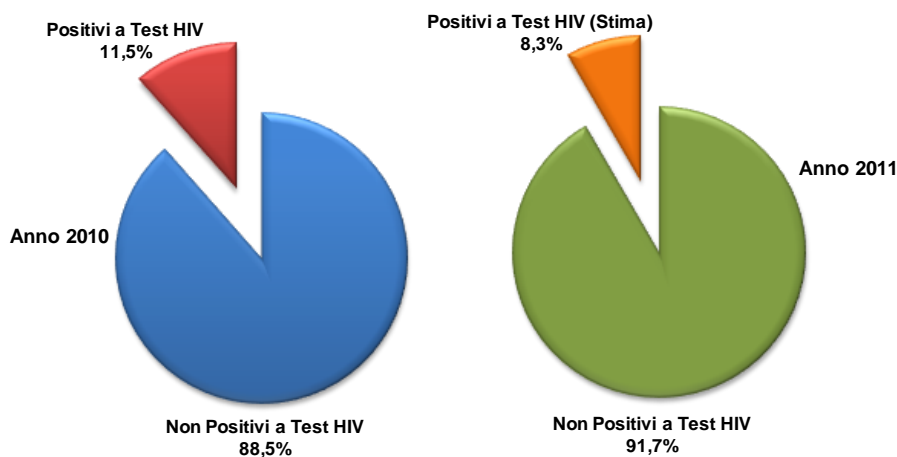
Figura I.4.9: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di
Utenti già in
carico:
2010: 13,3%
Stima 2011: 8,8%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

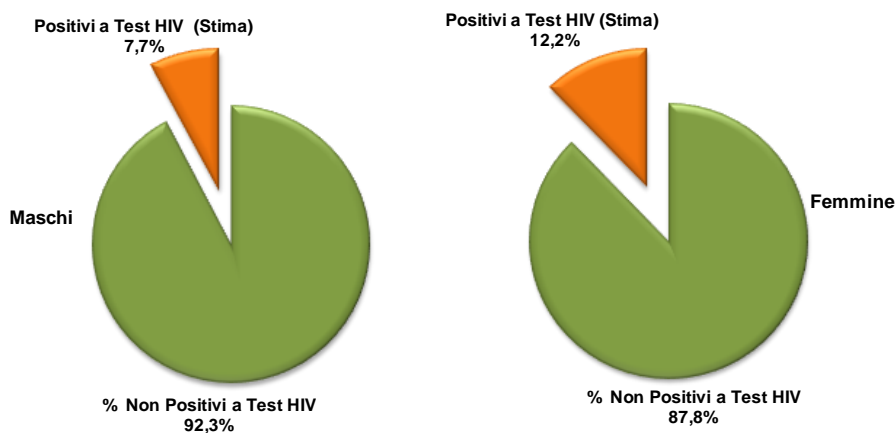
Figura I.4.10: Prevalenza su Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza Utenti (Nuovi e Già in carico):
2010: 11,5%
Stima 2011: 8,3%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.11: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011

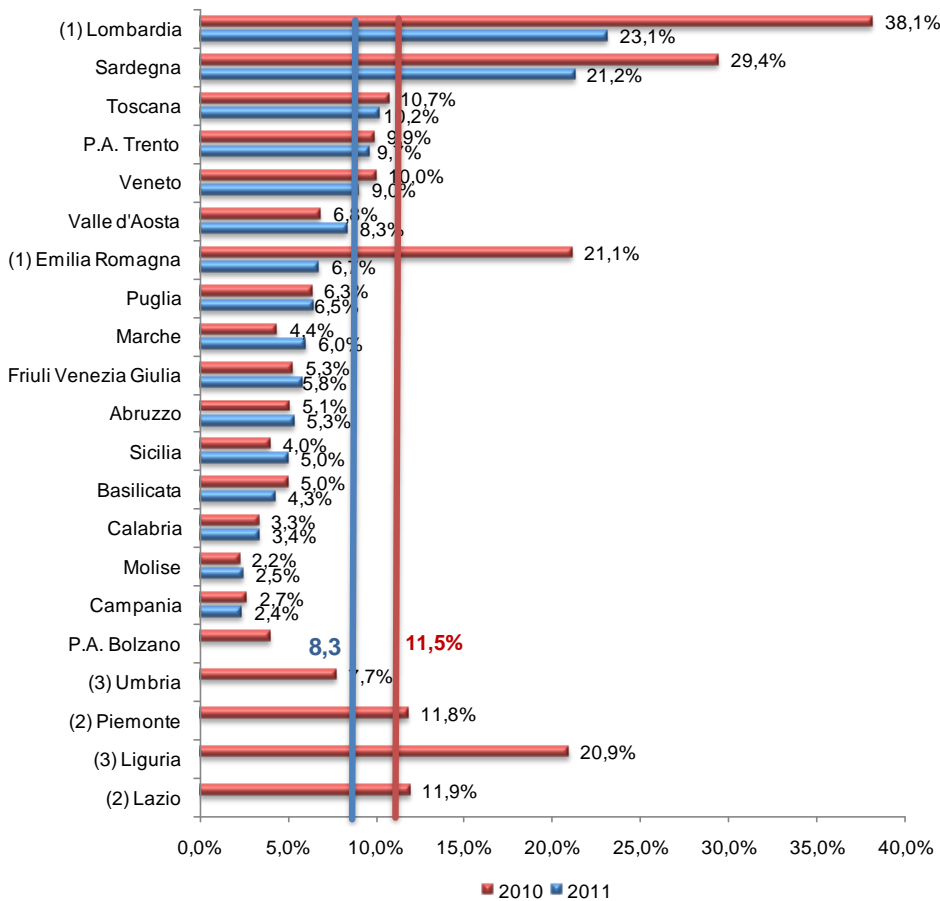


Prevalenza Utenti (Nuovi e Già in carico):
Stima 2011-Maschi : 7,7%
Stima 2011-Femmine: 12,2%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Le distribuzioni delle prevalenze di sieropositivi 2010 e 2011 per Regione evidenzia una sensibile contrazione non solo in corrispondenza delle Regioni che hanno trasmesso i dati con il flusso SIND, anche per la Regione Sardegna (29,4% nel 2010 vs. 21,2% nel 2011) e con valori più contenuti anche per le Regioni Toscana (10,7% nel 2010 vs. 10,2% nel 2011), Provincia Autonoma Trento (9,9% nel 2010 vs. 9,7% nel 2011), Veneto (10,0% nel 2010 vs. 9,0% nel 2011) e Campania (2,7% nel 2010 vs. 2,4% nel 2011).

Figura I.4.12: Prevalenza utenti HIV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011



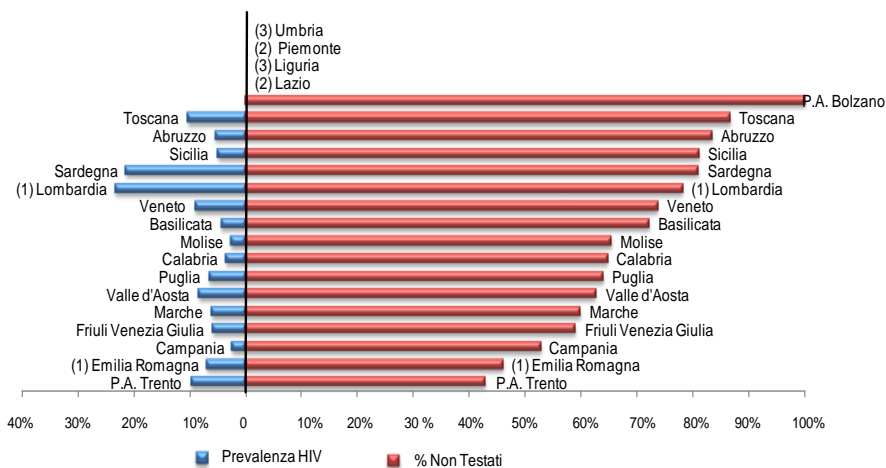
Regioni più colpite dall'HIV nei tossicodipendenti nel 2011: Lombardia, Sardegna, Toscana, P.A. Trento e Veneto

Regioni più colpite dall'HIV nei tossicodipendenti nel 2010: Lombardia, Sardegna, Emilia – Romagna, Liguria e Lazio

- (1) Flusso informativo SIND
- (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
- (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.13: Percentuale di utenti Non testati e Prevalenza di utenti HIV positivi. Anno 2011



Relazione tra prevalenza HIV e % degli utenti non testati

- (1) Flusso informativo SIND
- (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
- (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) di AIDS conclamato o di sieropositività per HIV sono 4,9% (pari a 1.148 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni.

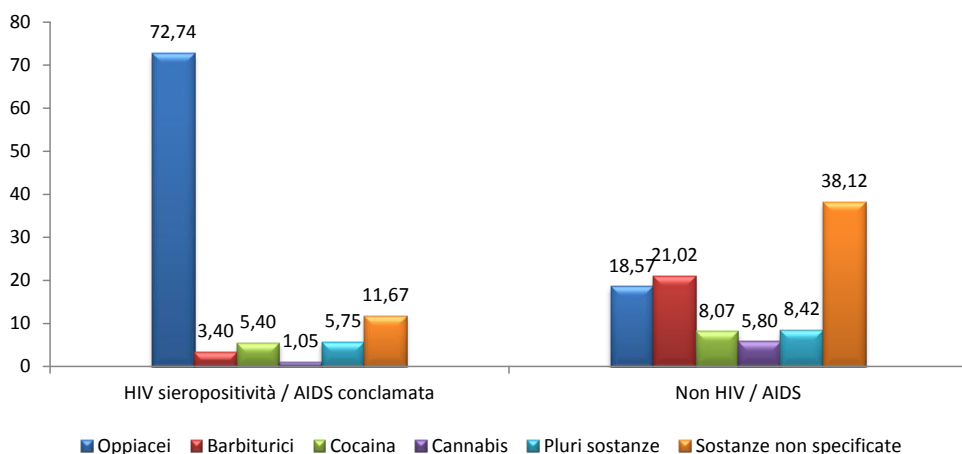
In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio 2007 - 2011, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o asintomatica, si osserva una percentuale più elevata di maschi (73,7% vs 26,3%,5 delle femmine) ed una più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (0,78% vs il 12,2%) 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 53,6% vs 65,8%) e di situazioni di regime ordinario (circa 88,0% vs 92,5%).

AIDS e infezioni da HIV

Meno urgenze più ricoveri ordinari

Figura I.4.14: Percentuale di ricoveri droga correlati per condizione di sieropositività HIV/AIDS e tipo di sostanza assunta. Anno 2011



il binomio uso iniettivo di eroina/HIV

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.4.14) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS evidenzia, tra i positivi, una quota più elevata di assuntori di oppiacei (72,7% vs il 18,6%).

1.4.1.2 Diffusione di Epatite virale B

Il fenomeno della presenza del virus da epatiti virali nella popolazione tossicodipendente è maggiormente diffuso rispetto all'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. Per il 2004 - 2009, 4 dei 13 paesi che hanno fornito dati sugli Injecting Drug User (IDU) hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBC superiori al 5%.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

Anche relativamente alla presenza da epatite B, come per l'HIV, si osserva una tendenza a non sottoporre gli utenti in trattamenti a test sierologico HBV. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono aumentati di 0,8 punti

No testing HBV: 78,9% aumento di 0,8 punti percentuali

percentuali (78,1% nel 2010 vs. 78,9% nel 2011).

Tabella I.4.6: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HBV. Anno 2010 e 2011

Regioni e PP.A.A.	ANNO 2010							ANNO 2011							
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Diff.
		N.U.	G.C.	Totale		N	%		N.U.	G.C.	Totale		N	%	
		N	%					N	%						
⁽¹⁾ Abruzzo	4.740	192	664	856	18,1	3.884	81,9	5.762	163	261	424	7,4	5.338	92,6	+10,7
⁽¹⁾ Basilicata	1.592	95	362	457	28,7	1.135	71,3	1.695	58	286	344	20,3	1.351	79,7	+8,4
⁽¹⁾ Calabria	4.145	324	861	1.185	28,6	2.960	71,4	3.651	292	675	967	26,5	2.684	73,5	+2,1
⁽¹⁾ Campania	17.878	1.942	5.982	7.924	44,3	9.954	55,7	18.764	2.089	5.407	7.496	39,9	11.268	60,1	+4,4
⁽²⁾ Emilia Romagna	12.498	602	1.343	1.945	15,6	10.553	84,4	13.470	382	3.906	4.288	31,8	9.182	68,2	-16,2
⁽¹⁾ F.V.G.	3.671	316	433	749	20,4	2.922	79,6	3.371	247	394	641	19,0	2.730	81,0	+1,4
⁽²⁾ Lazio	15.424	1.452	2.898	4.350	28,2	11.074	71,8	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
⁽³⁾ Liguria	7.262	208	615	823	11,3	6.439	88,7	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
⁽²⁾ Lombardia	23.625	809	1.518	2.327	9,8	21.298	90,2	20.623	886	1.861	2.747	13,3	17.876	86,7	-3,5
⁽¹⁾ Marche	5.679	399	1.264	1.663	29,3	4.016	70,7	4.993	323	1.193	1.516	30,4	3.477	69,6	-1,1
⁽¹⁾ Molise	1.202	193	292	485	40,3	717	59,7	1.148	143	113	256	22,3	892	77,7	+18,0
⁽¹⁾ P.A. Bolzano	760	0	18	18	2,4	742	97,6	755	0	0	0	0,0	755	100	+2,4
⁽¹⁾ P.A. Trento	1.127	37	320	357	31,7	770	68,3	1.068	14	317	331	31,0	737	69,0	+0,7
⁽³⁾ Piemonte	11.462	853	1.677	2.530	22,1	8.932	77,9	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
⁽¹⁾ Puglia	11.545	872	3.259	4.131	35,8	7.414	64,2	13.180	853	3.022	3.875	29,4	9.305	70,6	+6,4
⁽¹⁾ Sardegna	5.911	104	419	523	8,8	5.388	91,2	6.492	276	625	901	13,9	5.591	86,1	-5,1
⁽¹⁾ Sicilia	13.416	994	1.657	2.651	19,8	10.765	80,2	14.555	896	1.072	1.968	13,5	12.587	86,5	+6,3
⁽¹⁾ Toscana	13.965	448	961	1.409	10,1	12.556	89,9	14.314	379	752	1.131	7,9	13.183	92,1	+2,2
⁽²⁾ Umbria	3.555	122	364	486	13,7	3.069	86,3	2.556	18	228	246	9,6	2.310	90,4	+4,1
⁽¹⁾ Valle d'Aosta	366	20	63	83	22,7	283	77,3	358	22	72	94	26,3	264	73,7	-3,6
⁽¹⁾ Veneto	14.333	1.134	2.085	3.219	22,5	11.114	77,5	14.276	807	1.695	2.502	17,5	11.774	82,5	+5,0
Totale	174.156	11.116	27.055	38.171	21,9	135.985	78,1	141.031	7.848	21.879	29.727	21,1	111.304	78,9	+0,8

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto

n.c.= non calcolabile

U.C.= Utenti in carico

N.U.= Nuovi Utenti

G.C. =Già in carico

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)

(2) Flusso SIND

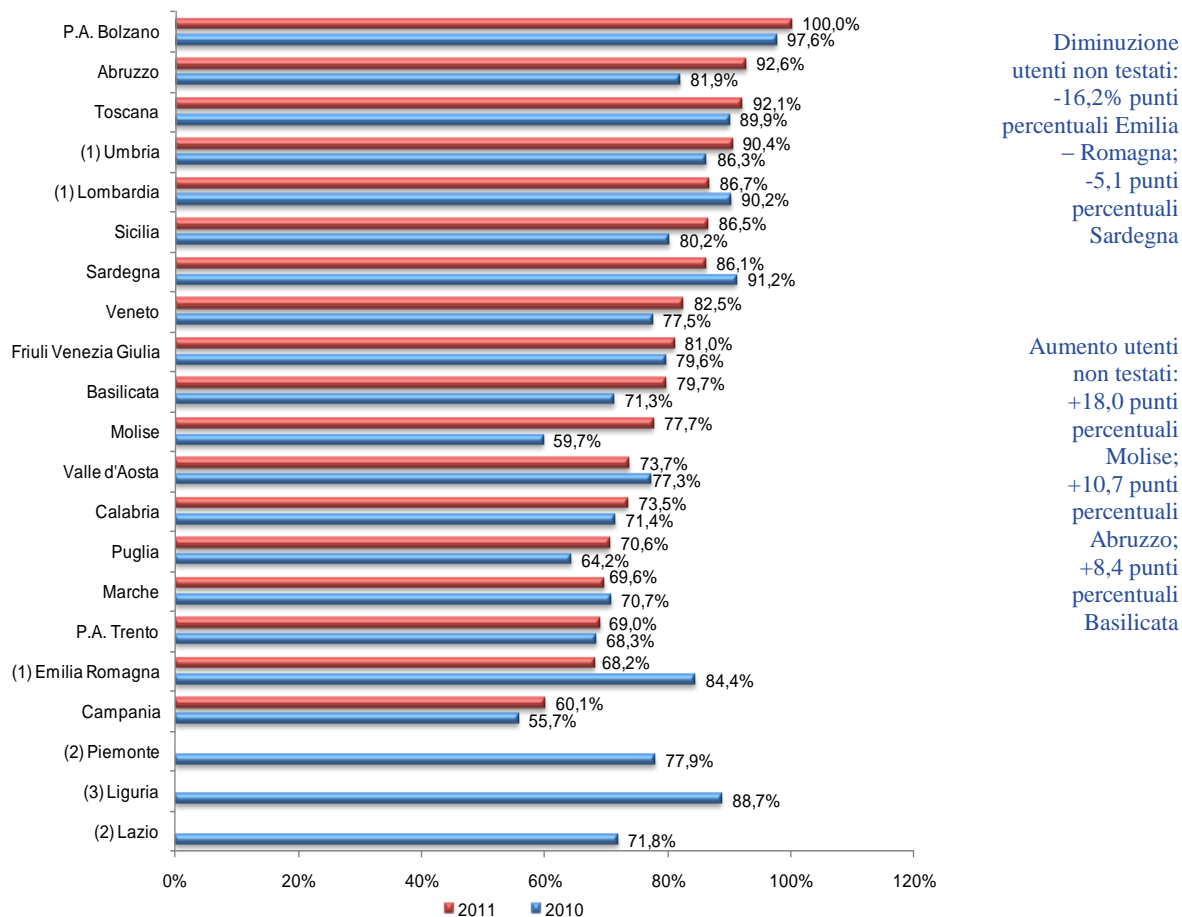
(3) Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi due anni, a livello regionale, si osserva una forte diminuzione pari a 16,2 punti percentuali dei soggetti non testati per la Regione Emilia – Romagna (84,4% nel 2010 vs. 68,2% nel 2011), segue la Sardegna con una diminuzione di 5,1 punti percentuali di utenti non testati (92,1% nel 2010 vs. 86,1% nel 2011 ed infine l’Umbria con un decremento di 1,1 punti percentuali (70,7% nel 2010 vs. 69,6% nel 2011). Per contro, le regioni che hanno un aumento di soggetti non testati all’epatite B sono il Molise con un incremento di soggetti non testati pari a 18 punti percentuali (59,7% nel 2010 vs. 77,7% nel 2011), l’Abruzzo con un aumento di 10,7 punti percentuali (81,9% nel 2010 vs. 92,6% nel 2011) e la

Regione Basilicata con un aumento di 8,4 punti percentuali (71,3% nel 2010 vs. 79,7% nel 2011).

Figura I.4.15: Percentuale di utenti **Non testati** nell'anno di riferimento, per Regione. Anni 2010 e 2011

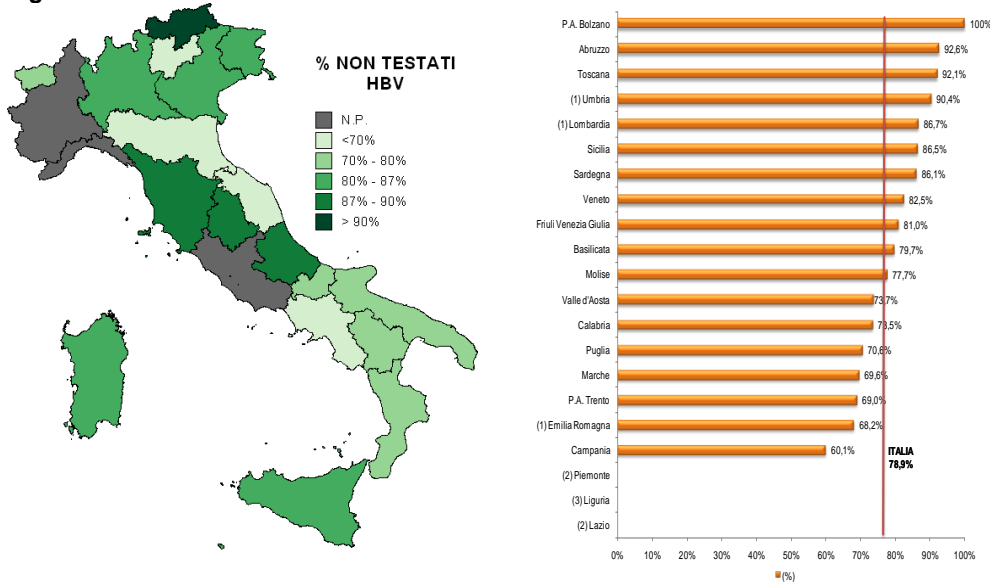


(1) Flusso informativo SIND
 (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
 (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La distribuzione a livello territoriale delle percentuali di No testing evidenzia che, le regioni con maggior tendenza a tale comportamento, sono la Provincia Autonoma di Bolzano (100%), l’Abruzzo (92,6%), la Toscana (92,1%), l’Umbria (90,4%) e la Lombardia (86,7%). Per contro le regioni con una più bassa percentuale di soggetti non testati risultano essere, la Campania (60,1%), l’Emilia Romagna (68,2%) e la Provincia Autonoma di Trento (69,0%).

Figura I.4.16: Percentuale di utenti Non Testati a test HBV. Anni 2011



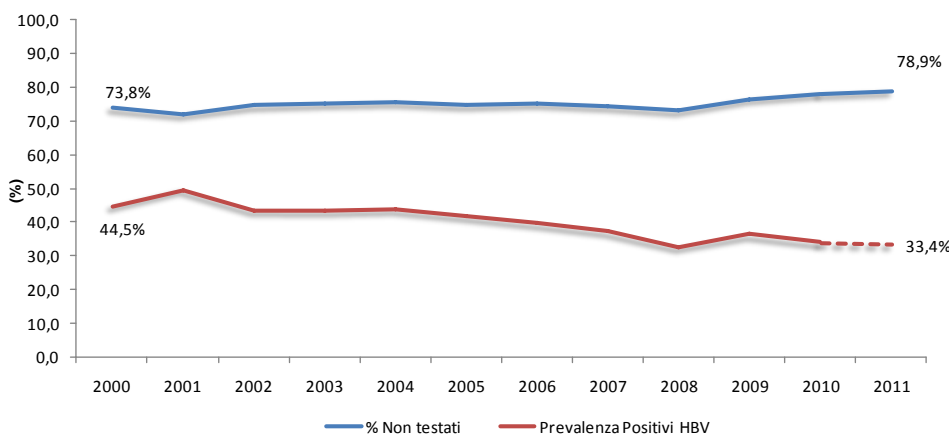
Regioni con meno soggetti testati:
P.A. Bolzano,
Abruzzo,
Umbria e
Lombardia

- (1) Flusso informativo SIND
- (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
- (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi 12 anni, la percentuale di soggetti non testati è aumentato di circa 5 punti percentuali (73,8% nel 2000 vs. stima del 78,9% nel 2011). Per quanto riguarda il tasso di prevalenza di positivi dell'epatite B nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto di circa 11 punti percentuali (44,5% nel 2000 vs. stima del 33,4% nel 2011).

Figura I.4.17: Percentuale dei soggetti Non testati e prevalenza utenti positivi a test HBV. Anni 2000 - 2011

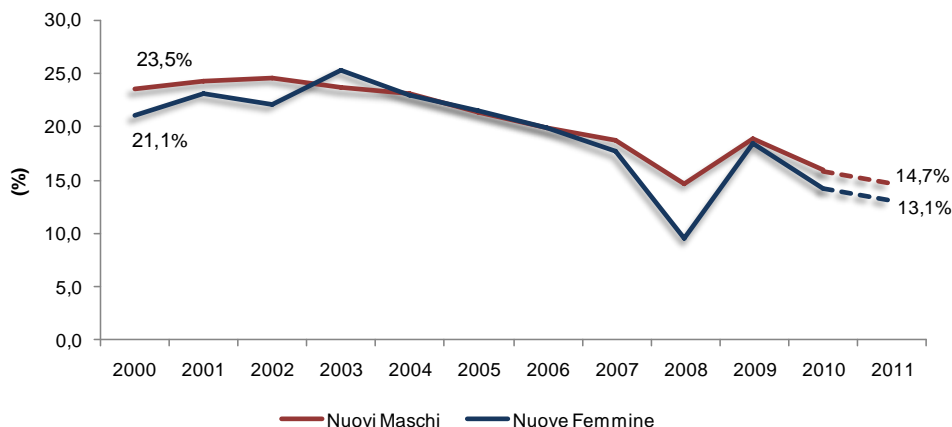


Aumento di circa 5 punti percentuali No testing

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Gli andamenti della prevalenza di positivi della nuova utenza per genere non evidenzia tendenze differenti con decrementi per i nuovi utenti maschi dal 23% del 2000 al 14,7% del 2011 e per la nuova utenza femminile dal 21% del 2000 al valore stimato del 13,6% nel 2011.

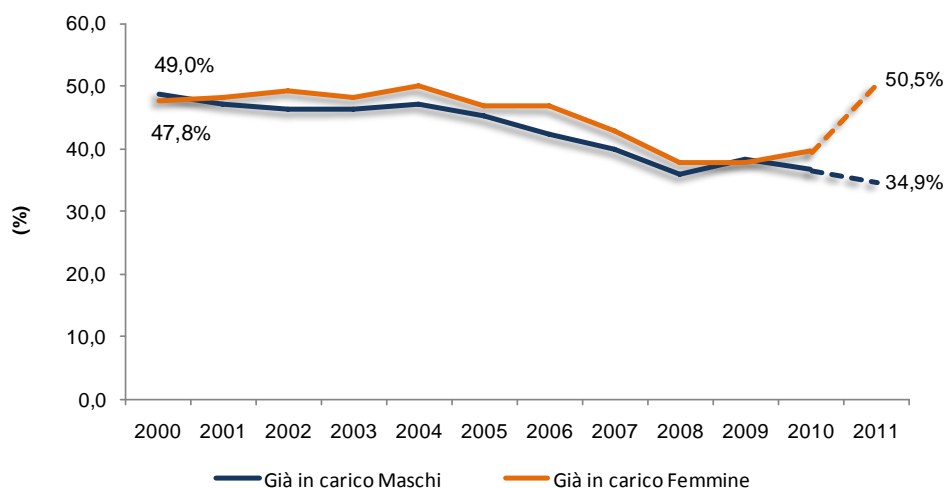
Figura I.4.18: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Per gli utenti già noti ai servizi, la prevalenza di maschi positivi dal 2000 diminuisce di circa 14 punti percentuali (49,0% nel 2000 vs. stima del 34,9 % nel 2011). In controtendenza invece, la prevalenza di positivi per il genere femminile che dal 2000 al 2011 indica un aumento di 2,7 punti percentuali (47,8% nel 2000 vs. stima del 50,5% nel 2011).

Figura I.4.19: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

In generale l'85,9% dei soggetti risultati positivi alla epatite B nel 2011, è di genere maschile; il restante 14,1% è di genere femminile. Per gli utenti già in carico nei servizi, la percentuali di positivi HBV diminuisce di circa 0,6 punti percentuale (37,1% nel 2010 vs. stima del 36,5% nel 2011), sebbene gli andamenti per genere siano differenziati e in controtendenza; la prevalenza complessiva di HBV positivi diminuisce di circa 1,2 punti percentuali (15,7% nel 2010 vs stima del 14,5% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 13,1% per le femmine e 14,7% per i maschi.

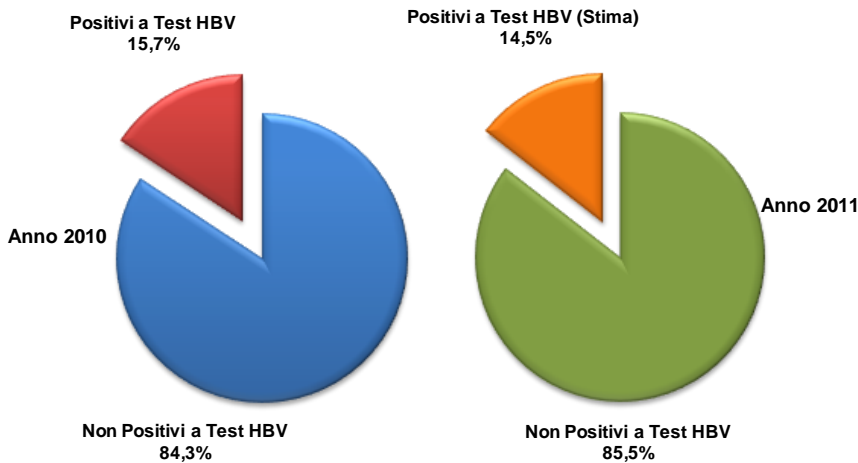
diminuisce di circa 1,2 punti percentuali (15,7% nel 2010 vs stima del 14,5% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 13,1% per le femmine e 14,7% per i maschi.

Tabella I.4.7: Prevalenza di utenti positivi secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HBV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	15,9	14,7	-1,2
Femmine	14,3	13,1	-1,2
Totale	15,7	14,5	-1,2
Utenti Già in carico			
Maschi	36,8	34,9	-1,9
Femmine	39,7	50,5	10,8
Totale	37,1	36,5	-0,6
Totale			
Maschi	33,6	32,1	-1,5
Femmine	35,8	43,9	8,1
Totale	33,9	33,4	-0,5

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

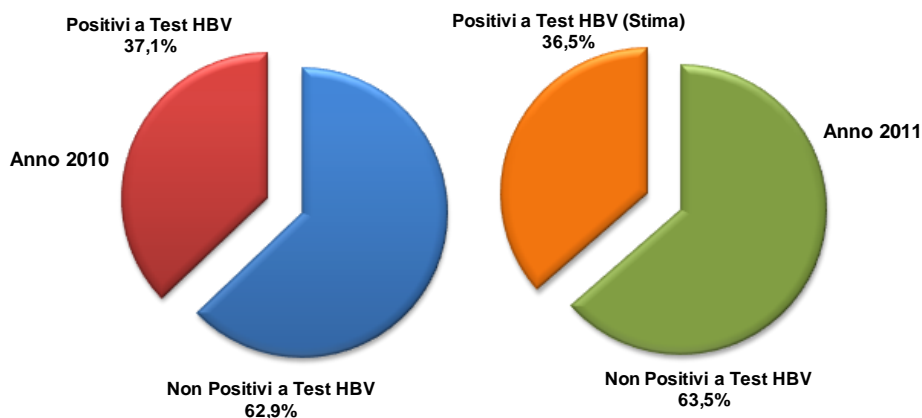
Figura I.4.20: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di
Nuovi Utenti:
2010: 15,7%
Stima 2011:
14,5%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

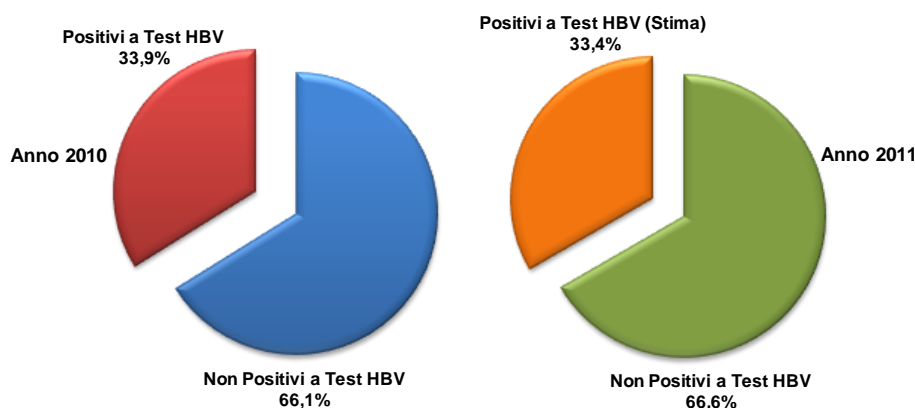
Figura I.4.21: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di
Utenti già in
carico:
2010: 37,1%
Stima 2011:
36,5%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

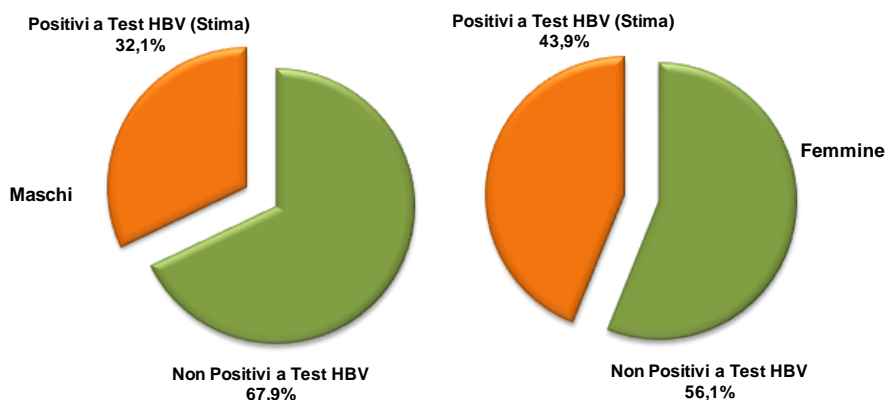
Figura I.4.22: Prevalenza su **Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Utenti già in carico:
 2010: 33,9%
 Stima 2011: 33,4%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.23: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HBV per genere. Anno 2011

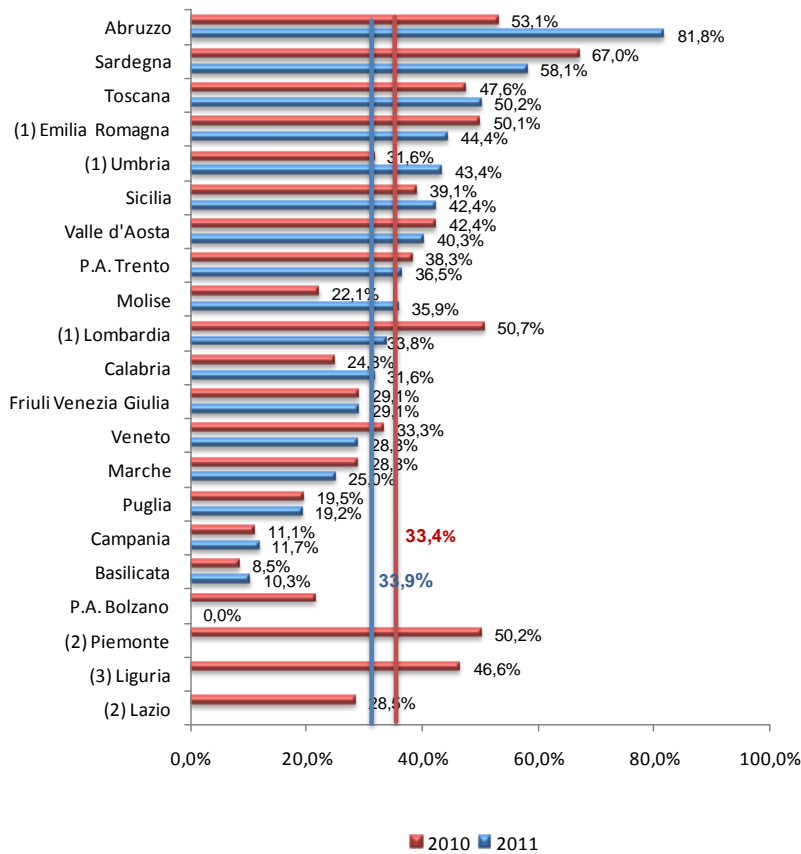


Prevalenza Utenti (Nuovi e Già in carico):
 Stima 2011-
 Maschi : 32,1%
 Stima 2011:-
 Femmine 43,9%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La distribuzione della prevalenza di utenti HBV positivi per Regione evidenzia una sensibile contrazione per la Regione Lombardia 16,9 punti percentuali (50,7% nel 2010 vs. 33,8% nel 2011), a fronte di un altrettanto sensibile aumento per la Regione Abruzzo (81,8%). Una diminuzione più contenuta della prevalenza di HBV positivi si osserva per le Regioni Sardegna con una diminuzione pari a 8,9 punti percentuali (67,0% nel 2010 vs. stima del 58,1% nel 2011) e la regione Emilia – Romagna, con una diminuzione di 5,7 punti percentuali (50,1% nel 2010 vs. stima del 44,4% nel 2011).

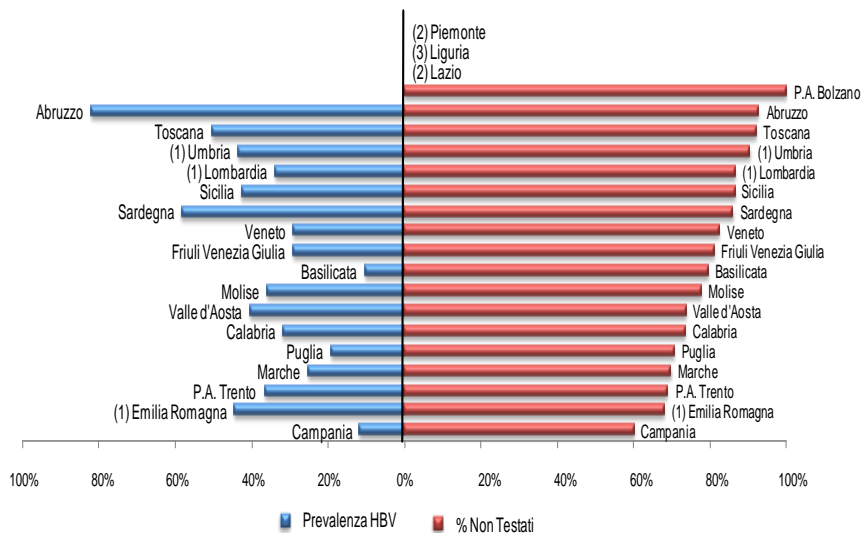
Figura I.4.24: Prevalenza utenti HBV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011



- (1) Flusso informativo SIND
- (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
- (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.25: Percentuale di utenti Non testati e Prevalenza di utenti HBV positivi. Anno 2011



Relazione tra prevalenza HBV e % utenti non testati

- (1) Flusso informativo SIND
- (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
- (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

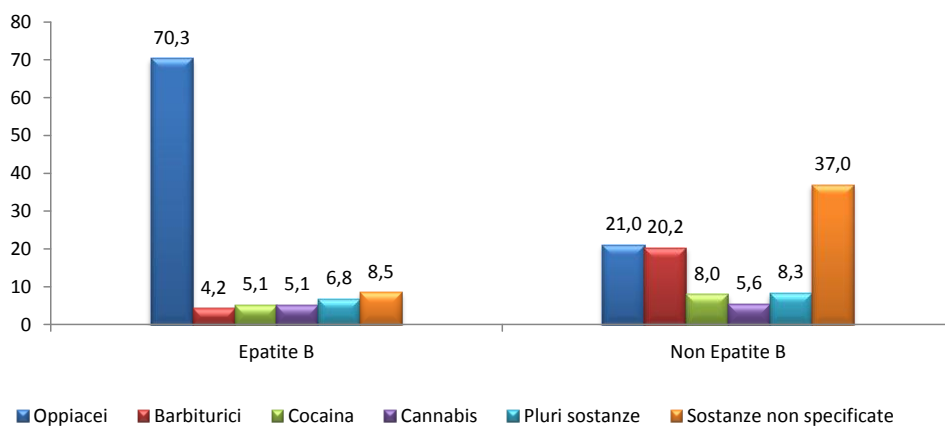
Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2011, tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali B sono inferiori all'1% (pari a 118 ricoveri), senza differenze rilevanti nell'ultimo triennio.

Riduzione dei ricoveri per epatite B

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 (78,1% nel 2009, 81,7%, nel 2010 e 78% nel 2011). Anche in questo caso, come detto sopra, più elevata (78% vs 45%) rispetto ai pazienti ricoverati senza tale comorbilità.

Figura I.4.26: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali B e tipo di sostanza assunta. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.4.26) effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali B evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (70,3% contro 21,0%), in forte analogia con la presenza di sieropositività per HIV o AIDS conclamata.

1.4.1.3 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 2008-2009 i livelli di anticorpi anti-HCV tra campioni di tossicodipendenti esaminati a livello europeo, variano da circa il 22% all'91%, sebbene la maggior parte dei paesi riferisce valori superiori al 40%.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze

Come per i precedenti test sierologici, anche per l'HCV, si osservava, analoga e preoccupante situazione relativamente sia alla diffusione del virus sia ai soggetti non testati nell'anno. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono diminuiti di 3 punti percentuali (80,4% nel 2010 vs. 83,4% nel 2011).

No testing HCV: 83,4% diminuzione di 3 punti percentuali

Tabella I.4.8: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HCV. Anno 2010 e 2011

Regioni e PP.A.A.	ANNO 2010							ANNO 2011							
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Diff.
		N.U.	G.C.	Totale		N	%		N.U.	G.C.	Totale		N	%	
				N	%						N	%			
⁽¹⁾ Abruzzo	4.740	183	341	524	11,1	4.216	88,9	5.762	177	388	565	9,8	5.197	90,2	-1,3
⁽¹⁾ Basilicata	1.592	75	226	301	18,9	1.291	81,1	1.695	61	231	292	17,2	1.403	82,8	-1,7
⁽¹⁾ Calabria	4.145	320	823	1.143	27,6	3.002	72,4	3.651	198	746	944	25,9	2.707	74,1	-1,7
⁽¹⁾ Campania	17.878	1.792	4.658	6.450	36,1	11.428	63,9	18.764	2.339	4.554	6.893	36,7	11.871	63,3	+0,6
⁽²⁾ Emilia Romagna	12.498	574	1.059	1.633	13,1	10.865	86,9	13.470	172	1.306	1.478	11,0	11.992	89,0	-2,1
⁽¹⁾ F.V.G.	3.671	302	505	807	22,0	2.864	78,0	3.371	147	330	477	14,2	2.894	85,8	-7,8
⁽³⁾ Lazio	15.424	1.412	2.904	4.316	28,0	11.108	72,0	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c	n.c.
Liguria	7.262	199	558	757	10,4	6.505	89,6	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p	n.p.
⁽²⁾ Lombardia	23.625	1.536	2.186	3.722	15,8	19.903	84,2	20.623	592	1.256	1.848	9,0	18.775	91,0	-6,8
⁽¹⁾ Marche	5.679	364	1.221	1.585	27,9	4.094	72,1	4.993	250	957	1.207	24,2	3.786	75,8	-3,7
⁽¹⁾ Molise	1.202	186	108	294	24,5	908	75,5	1.148	135	141	276	24,0	872	76,0	-0,5
⁽¹⁾ P.A. Bolzano	760	0	0	0	0,0	760	100	755	0	0	0	0,0	755	100	0,0
⁽¹⁾ P.A. Trento	1.127	38	282	320	28,4	807	71,6	1.068	22	276	298	27,9	770	72,1	-0,5
⁽³⁾ Piemonte	11.462	683	1.509	2.192	19,1	9.270	80,9	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c	n.c.
⁽¹⁾ Puglia	11.545	893	1.927	2.820	24,4	8.725	75,6	13.180	833	1.903	2.736	20,8	10.444	79,2	-3,6
⁽¹⁾ Sardegna	5.911	100	345	445	7,5	5.466	92,5	6.492	227	482	709	10,9	5.783	89,1	3,4
⁽¹⁾ Sicilia	13.416	884	1.440	2.324	17,3	11.092	82,7	14.555	855	1.199	2.054	14,1	12.501	85,9	-3,2
⁽¹⁾ Toscana	13.965	397	1.026	1.423	10,2	12.542	89,8	14.314	342	1.059	1.401	9,8	12.913	90,2	-0,4
⁽²⁾ Umbria	3.555	84	352	436	12,3	3.119	87,7	2.556	11	114	125	4,9	2.431	95,1	-7,4
⁽¹⁾ Valle d'Aosta	366	22	124	146	39,9	220	60,1	358	22	14	36	10,1	322	89,9	-29,8
⁽¹⁾ Veneto	14.333	925	1.536	2.461	17,2	11.872	82,8	14.276	736	1.320	2.056	14,4	12.220	85,6	-2,8
Totale	174.156	10.969	23.130	34.099	19,6	140.057	80,4	141.031	7.119	16.276	23.395	16,6	117.636	83,4	-3,0

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto

n.c.= non calcolabile

U.C.= Utenti in carico

N.U.= Nuovi Utenti

G.C. =Già in carico

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)

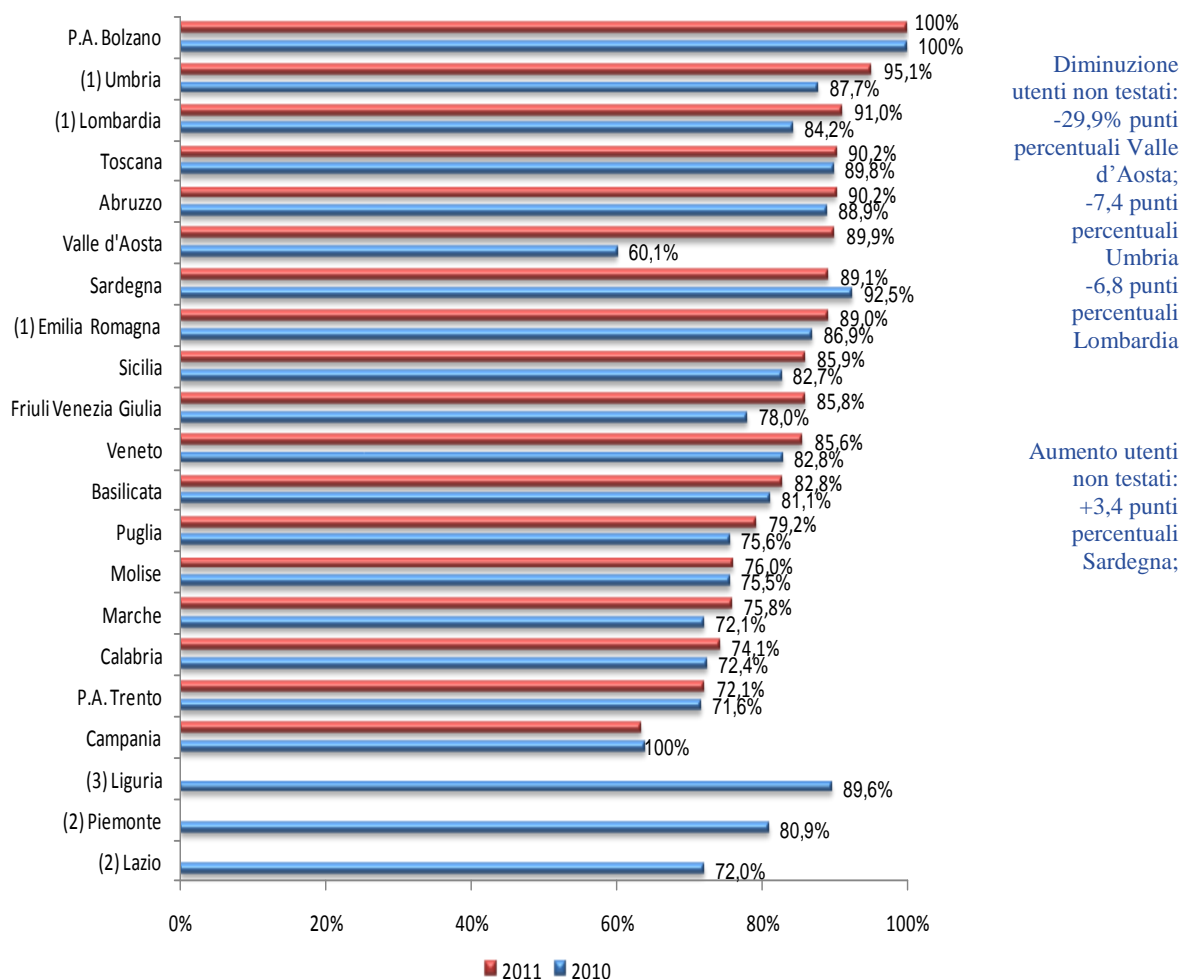
(2) Flusso SIND (Archivio esami più Monitoraggio HIV)

(3) Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi due anni, a livello regionale, si osserva una forte diminuzione dei soggetti non testati per la Valle d'Aosta (60,1% nel 2010 vs. 89,9 nel 2011), per l'Umbria con una diminuzione di 7,4 punti percentuali di utenti non testati (87,7% nel 2010 vs. 95,1% nel 2011) ed infine per la Lombardia, dove la diminuzione stimata risulta di 6,8 punti percentuali (84,2% nel 2010 vs. 91,0%). Per contro, la regione che ha un aumento significativo di soggetti non testati all'epatite C è la Sardegna con un aumento di 3,4 punti percentuali (92,5% nel 2010 vs. 89,1% nel 2011).

Figura I.4.27: Percentuale di utenti **Non testati a test HCV per Regione. Anni 2010 e 2011**

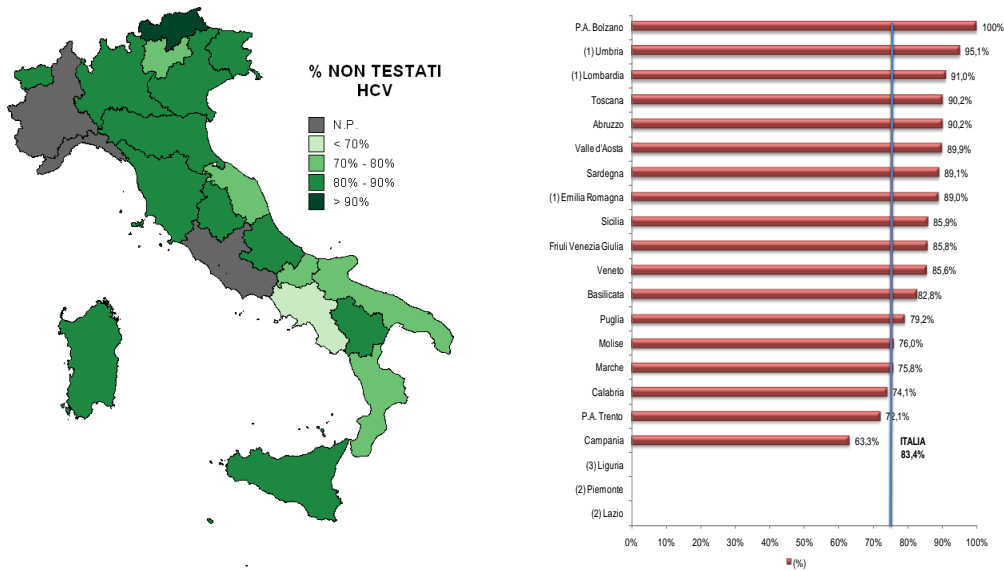


(1) Flusso informativo SIND
 (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
 (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Le percentuali di non testing per il 2011 risultano molto elevate nella Provincia Autonoma di Bolzano (100%), in Umbria (95,1%), in Lombardia (91,0%), in Toscana, in Abruzzo e in Valle d’Aosta (90,2%). Per contro, le regioni che hanno testano di più nel 2011 sono la Provincia Autonoma di Trento(72,1%), la Calabria(72,4%) e le Marche (75,8%).

Figura I.4.28: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HCV per regione. Anni 2011



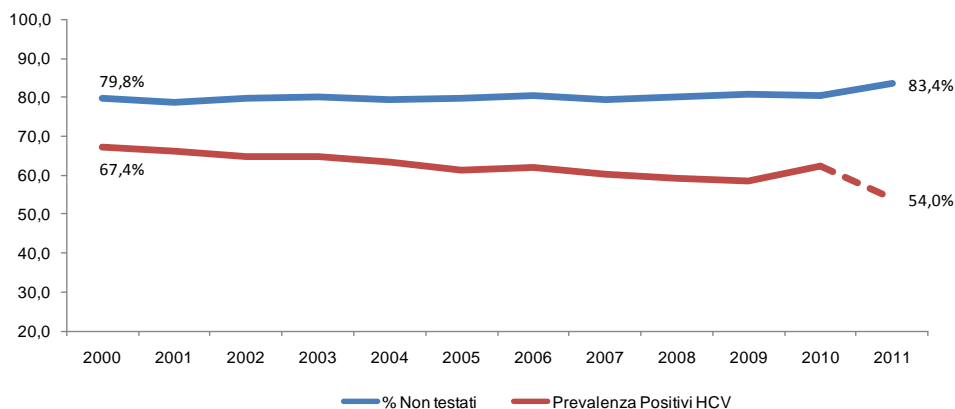
Regioni con meno utenti testati: P.A. Bolzano, Umbria, Lombardia, Toscana, Abruzzo e Valle d'Aosta

- (1) Flusso informativo SIND
- (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
- (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Il tasso di prevalenza di positivi all'epatite C nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto passando rispettivamente dal 67,4% al 54,0%, dato questo ultimo stimato non essendo pervenuti tutti i dati richiesti e per le Regioni Emilia – Romagna, Lombardia e Umbria i dati provengono dal flusso informativo SIND.

Figura I.4.29: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HCV. Anni 2000 - 2011



No testing
83,4%
Stima:
Prevalenza
positivi HCV:
54,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

L'86,6% dei soggetti risultati positivi alla epatite C nel 2011, è di genere maschile; il restante 13,4% è di genere femminile.

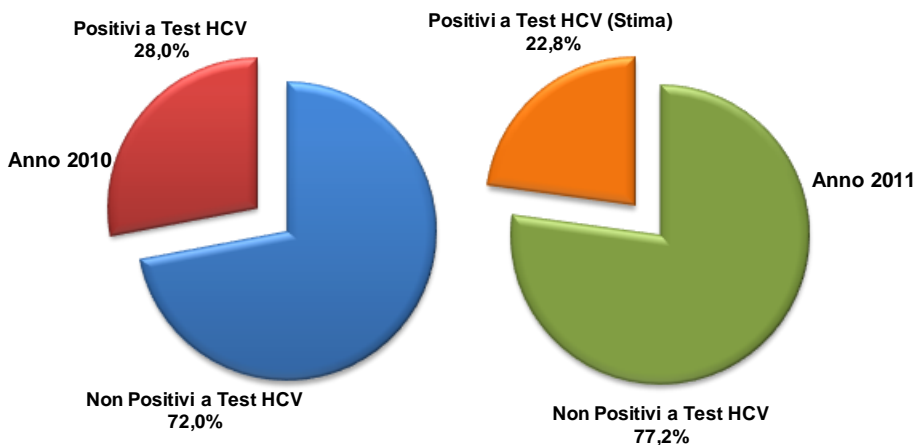
Rispetto al 2010, diminuisce di 5,2 punti percentuali la prevalenza di HCV positivi per la nuova utenza (28,0% nel 2010 vs 22,8% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 20,2% per le femmine e 23,2% per i maschi. Per gli utenti già in carico nei servizi, la percentuali di positivi HCV diminuisce di 5,3 punti percentuali (67,7% nel 2010 vs. 62,4% nel 2011), differenziate nel seguente modo: 60,7% per le femmine in diminuzione di 9,5 punti percentuali, e 59,3% nei maschi anche essi in diminuzione di 8 punti percentuali.

Tabella I.4.9: Prevalenza di utenti positivi a Test HCV secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HCV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	28,3	23,2	-5,1
Femmine	26,1	20,2	-5,9
Totale	28,0	22,8	-5,2
Utenti Già in carico			
Maschi	67,3	59,3	-8,0
Femmine	70,2	60,7	-9,5
Totale	67,7	59,5	-8,2
Totale			
Maschi	62,1	53,9	-8,2
Femmine	64,5	54,5	-10
Totale	62,5	54,0	-8,5

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

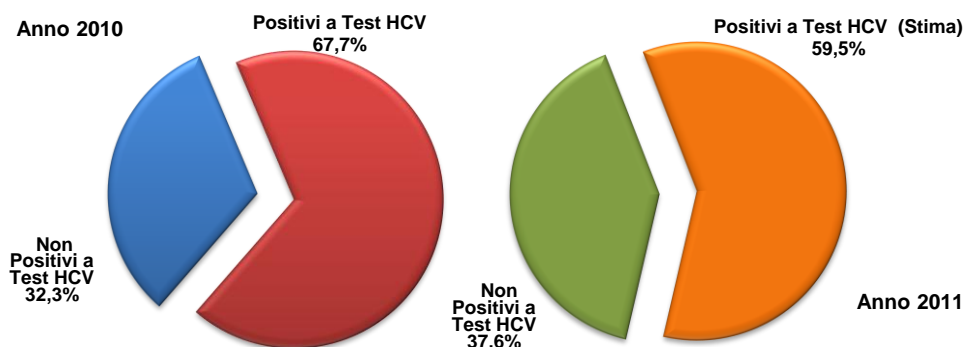
Figura I.4.30: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Nuovi Utenti Positivi:
2010: 28,0%
Stima 2011: 22,8%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

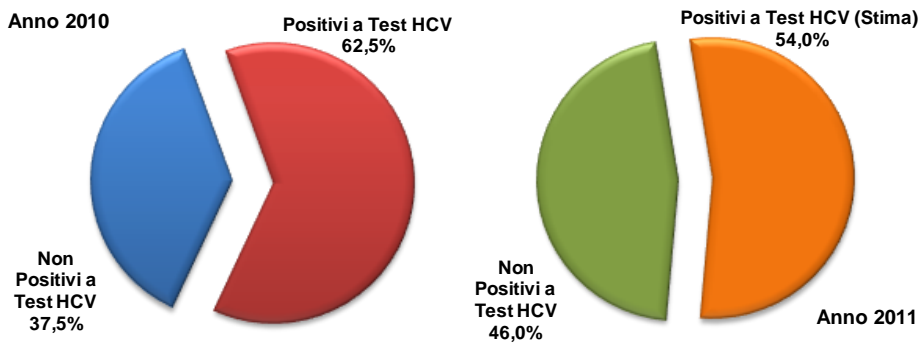
Figura I.4.31: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Utenti Già in carico Positivi:
2010: 67,7%
Stima 2011: 59,5%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

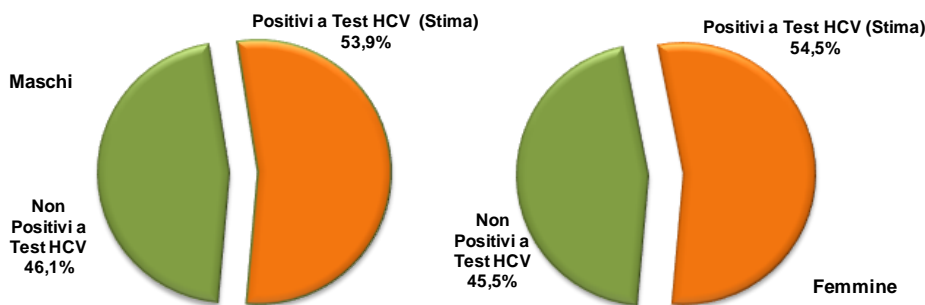
Figura I.4.32: Prevalenza su **Utenti Totali (Nuovi e Già in carico)** in Carico Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Utenti Totali Positivi:
2010: 62,5%
Stima 2011: 54,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.33: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011

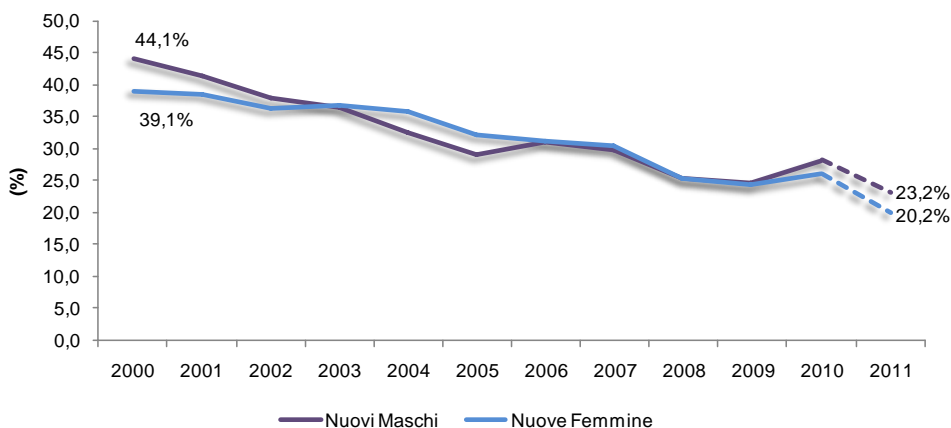


Prevalenza di Utenti Positivi:
Stima: Maschi: 62,5%
Stima Femmine: 54,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La prevalenza di HCV positivi tra i nuovi utenti mostra che dal 2000 ad oggi il trend è in diminuzione di circa 21 punti percentuali tra i maschi (44,1% nel 2000 vs. 23,2% nel 2011) analogo andamento si osserva anche per le femmine entrate per la prima volta nei servizi (36,1% nel 2000 vs. 20,2% nel 2011).

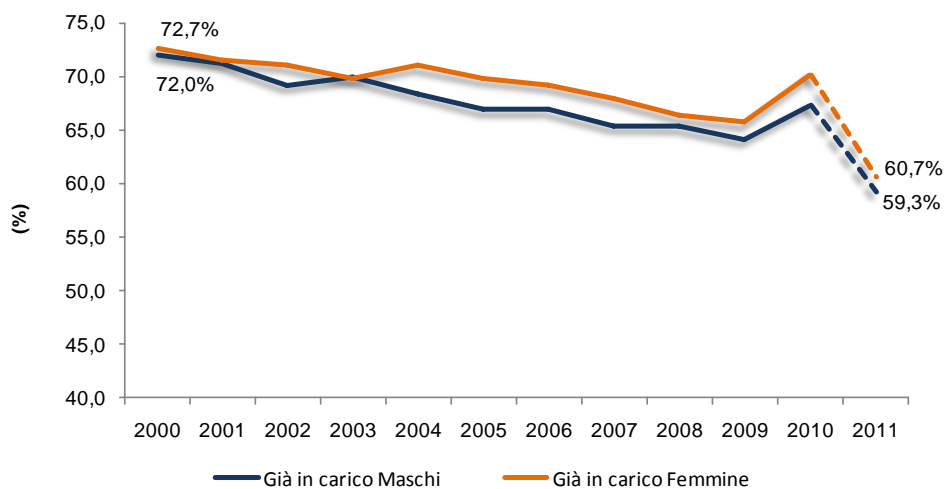
Figura I.4.34: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Situazione analoga anche per gli utenti già in carico, in cui la prevalenza di positivi da HCV negli ultimi dodici anni diminuisce di circa 13 punti percentuali stimati per i maschi e 12 punti percentuali per le femmine.

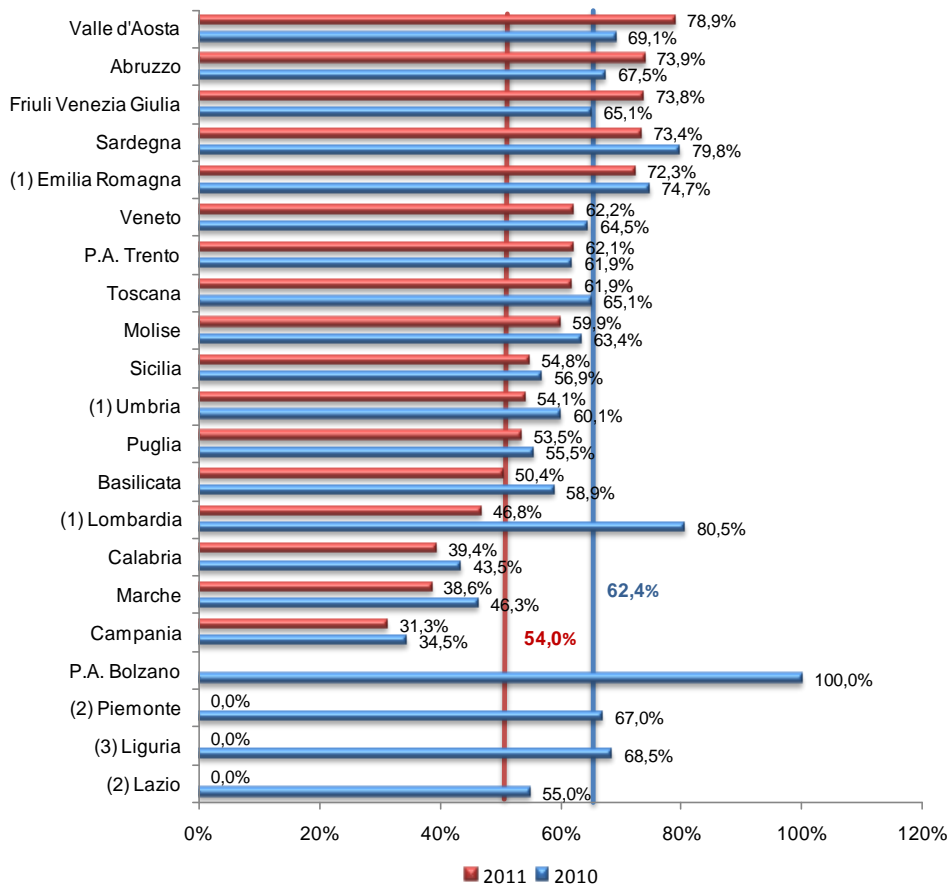
Figura I.4.35: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La prevalenza di utenti HCV positivi osservata nel 2011 varia da un minimo di 38,6% nella Regione della Campania ad un massimo di 78,9% nella Regione Valle d’Aosta. Rispetto al 2010 la prevalenza di positivi a test HCV in Lombardia diminuisce di 33,7 punti percentuali (80,5% nel 2010 vs. 46,8% nel 2011).

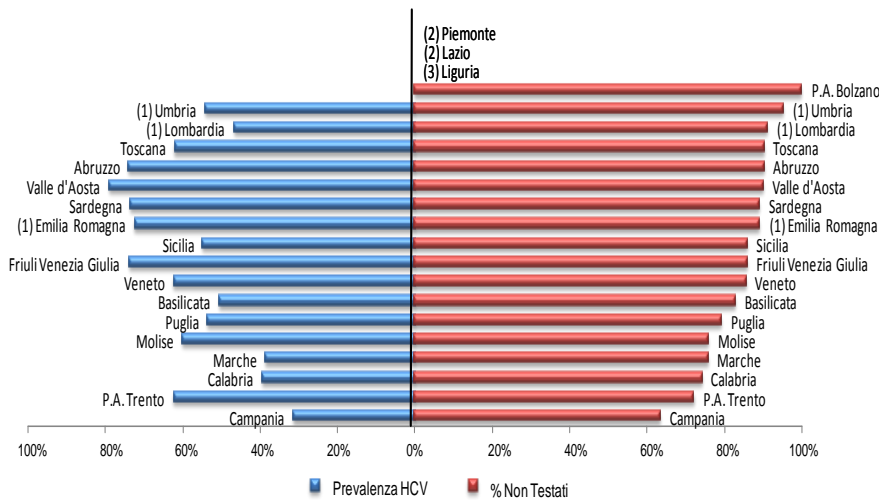
Figura I.4.36: Prevalenza utenti HCV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011



- (1) Flusso informativo SIND
- (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
- (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.37: Percentuale di utenti Non testati e Prevalenza di utenti HCV positivi. Anno 2011



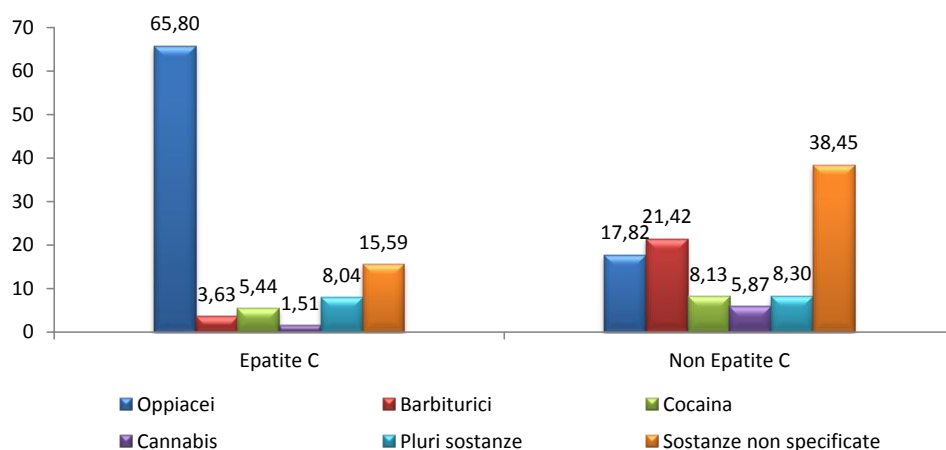
- (1) Flusso informativo SIND
- (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
- (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2011 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali C sono pari all'7,2% corrispondente a 1.655 ricoveri. Tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HCV sintomatica o asintomatica, nel 2011 si osserva una percentuale più elevata di maschi rispetto alle femmine (76,0% contro 24,0%); inoltre si registra una percentuale più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (3,9% contro 12,2%), rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Figura I.4.38: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali C e tipo di sostanza assunta. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

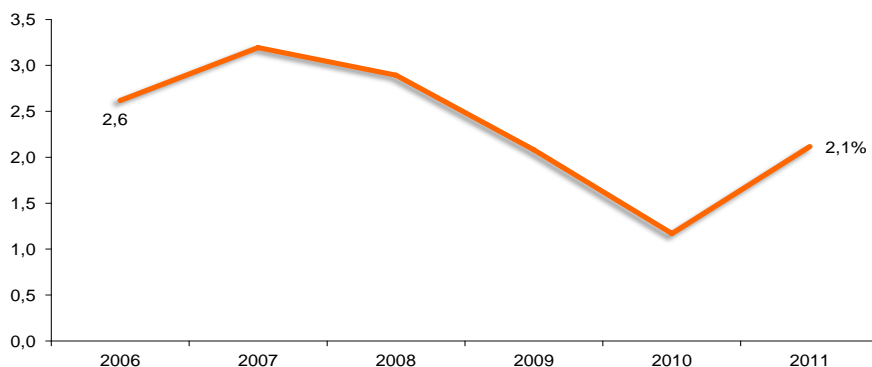
Lo studio della sostanza d'uso effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali C evidenzia una quota più elevata di assuntori di oppiacei (65,8% contro 17,8%), in forte analogia con gli andamenti osservati nei ricoveri droga correlati in comorbilità con le altre malattie infettive (Figura I.4.38).

I.4.1.4 Diffusione di Tubercolosi

Nel 2011 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di infezione da tubercolosi sono al 2,0% corrispondente a 49 ricoveri. Nel 2007 si è osservato un aumento di infezione da tubercolosi rispetto al 2006 (2,6% vs 3,2%), per diminuire nel triennio 2008-2010 (2,8% nel 2008, 2,1% nel 2009 e 1,2% nel 2010) per aumentare nell'ultimo anno 2011

Presenza di ricoveri per TBC

Figura I.4.39: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC. Anno 2006 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.4.2. 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).

La struttura della SDO prevede la possibilità di riportare una diagnosi principale di dimissione, che rappresenta la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali, e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o terapeutici. Oltre alla diagnosi principale, possono essere riportate, se presenti, una o più diagnosi secondarie (fino ad un massimo di 5); le diagnosi secondarie si riferiscono a patologie che coesistono o che si sviluppano nel corso del ricovero, oppure sono complicanze insorte durante il ricovero, o specificazioni della diagnosi principale. L'archivio selezionato per l'analisi include tutte le SDO che contengono diagnosi droga correlate, riportate in diagnosi principale o secondaria.

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

Il consumo di stupefacenti come diagnosi principale o secondaria

I.4.2.1 Ricoveri droga correlati

Nel triennio 2009 - 2011 i ricoveri complessivi per qualsiasi patologia sono diminuiti del 7,8% (11.674.098 nel 2009, 11.294.892 nel 2010 e 10.757.733 nel 2011); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondaria) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (23.997 nel 2009, 23.895 nel 2010 e 23.131 nel 2011) del collettivo nazionale, con una contrazione del 3,6% inferiore all'andamento dei ricoveri complessivi.

Riduzione del 3,6% dei ricoveri droga-correlati nel triennio 2009 - 2011

Tabella I.4.10: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Genere, Nazionalità e Età. Anno 2010-2011

Caratteristiche	2010		2011		Δ %
	N	%	N	%	
Genere					
Maschi	13.335	55,8	13.251	57,3	-0,6
Femmine	10.560	44,2	9.880	42,7	-6,4
Totale	23.895	100	23.131	100	-3,2

continua

continua

Caratteristiche	2010		2011		Δ %
	N	%	N	%	
Nazionalità					
Italiani	22.574	94,5	21.660	93,7	-4,0
Stranieri	1.312	5,5	1.459	6,3	11,2
Età					
Età media maschi	40,2		40,5		0,8
Età media femmine	46,7		47,4		1,4
Età mediana maschi	39,0		39,0		0,0
Età mediana femmine	44,0		45,0		2,3

età media dei ricoverati:
40,5 anni maschi
47,4 anni femmine

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Il 93,7% dei ricoveri droga correlati erogati nel 2011 riguarda cittadini italiani, il 57,3% di genere maschile, di età media pari a 40,5 anni, più elevata per le donne rispetto ai maschi (40,5 anni vs. 47,4 anni). Se in luogo del valore medio si considera il valore di età mediano, più adatto a distribuzioni per età fortemente asimmetriche, l'età si riduce di oltre due anni, passando da 47,4 a 45 anni per le femmine.

Tabella I.4.11: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Regime di ricovero, Tipo di ricovero e Modalità di dimissione. Anno 2010-2011

Caratteristiche	2010		2011		Δ %
	N	%	N	%	
Regime di ricovero					
Ordinario	21.977	92,0	21.406	92,5	-2,6
Day hospital	1.918	8,0	1.725	7,5	-10,1
Tipo di ricovero					
Programmato non urgente	6.956	31,3	6.639	30,8	-4,6
Urgente	14.540	65,4	14.201	65,9	-2,3
Trattamento sanitario obbligatorio	565	2,5	537	2,5	-5,0
Preospedalizzazione	106	0,5	125	0,6	17,9
Altro	58	0,3	54	0,3	-6,9
Modalità di dimissione					
Dimissione ordinaria a domicilio	18.945	79,3	18.189	78,6	-4,0
Dimissione volontaria	2.313	9,7	2.237	9,7	-3,3
Trasferimento ad altro istituto	1.008	4,2	1.031	4,5	2,3
Decesso	208	0,9	210	0,9	1,0
Altro	1.418	5,9	1.463	6,3	3,2

In diminuzione i ricoveri per:
-Ricoveri programmati (-4,6%)
In aumento i ricoveri per:
preospedalizzazione (+17,9%)

Aumento dei decessi (+1,0%)

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

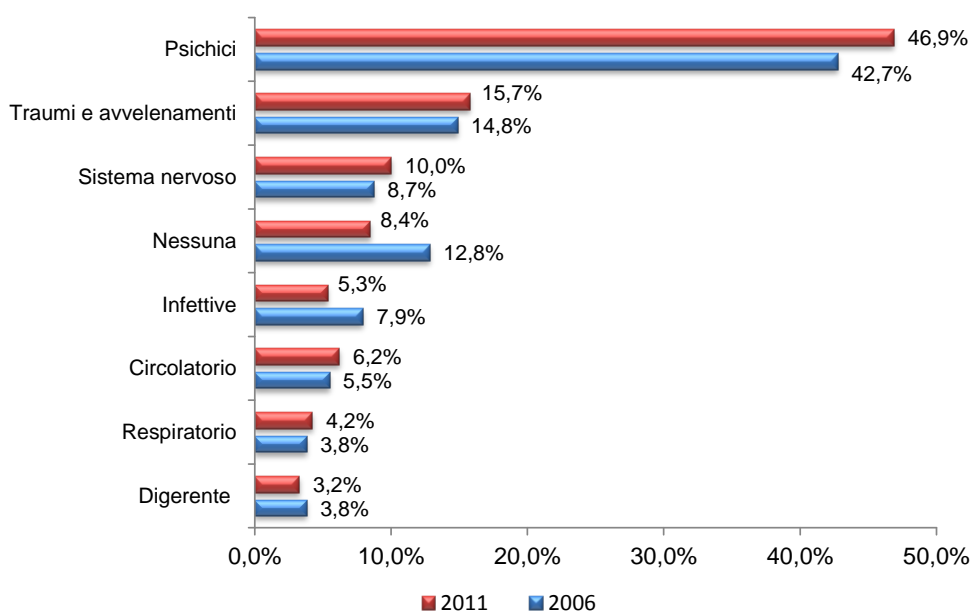
Il 92,5% dei ricoveri è stato erogato in regime ordinario, con degenza media pari a 10,2 giornate, valore che si riduce a 6 giornate considerando il valore mediano, meno influenzato da degenze molto elevate, anche oltre 200 giorni, peraltro presenti solo raramente (4 ricoveri).

Nel 78,6% dei ricoveri, il paziente è stato dimesso a domicilio secondo il decorso ordinario del ricovero, il 9,7% è stato dimesso su richiesta volontaria del paziente (-3,3% rispetto al 2010); il 4,5% è stato trasferito ad altro istituto di cura per acuti e lo 0,9% (210) dei ricoveri hanno riguardato pazienti deceduti nel corso della degenza.

Le 23.131 SDO del 2011 contengono complessivamente 31.495 diagnosi non correlate a droghe: in 9.429 schede in cui la diagnosi principale è droga correlata sono ulteriori 15.132 diagnosi secondarie droga correlate (per 2.661 SDO non sono presenti diagnosi secondarie associate), mentre 13.702 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 categorie anatomiche funzionali al fine di identificare quali siano le comorbilità più frequentemente associate al consumo di sostanze nei ricoveri ospedalieri. Confrontando le schede di dimissione ospedaliera del 2006 e del 2011 si osserva che rispetto al 2006 sono aumentati del 4,1% sia i disturbi psichici (42,7% nel 2006 vs. 46,9% nel 2011) sia i traumi e avvelenamenti (14,8% nel 2006 vs. 15,7% nel 2011) indotti da droghe, seguono i problemi al sistema nervoso con un aumento dell'1,3% e le malattie del sistema circolatorio in aumento dello 0,7% (5,5% nel 2006 vs. 6,2% nel 2011). Inoltre si osserva che rispetto al 2006 diminuisce del 4,4% i casi in cui non sono presenti diagnosi secondarie associate (12,8% nel 2006 vs. 8,4% nel 2011), seguita dalle malattie infettive con un calo del 2,6% rispetto al 2006 (7,9% nel 2006 vs. 5,3% nel 2011) (Figura I.4.40).

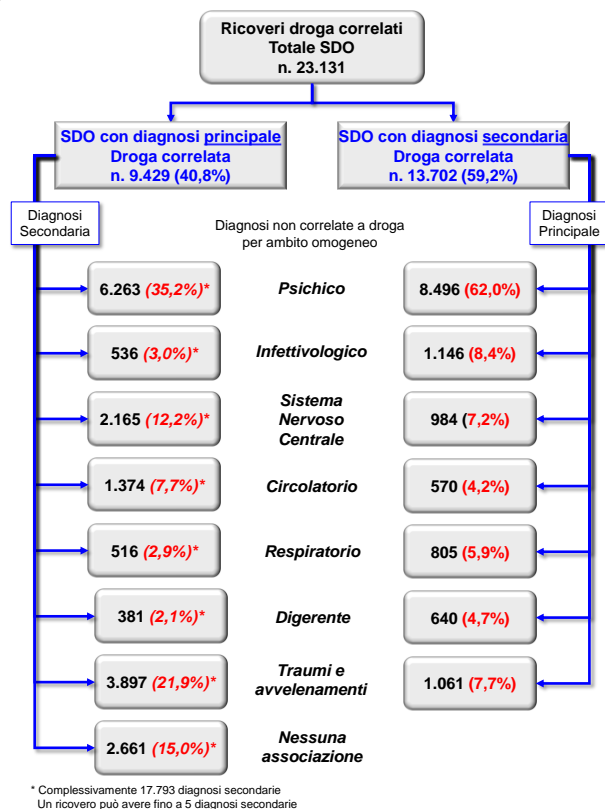
Figura I.4.40: Insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga raggruppate per ambiti omogenei. Anni 2006 e 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Lo schema seguente riassume il flusso 2011. 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 associata a diagnosi primaria non droga correlata. 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.4.41: Organizzazione flusso SDO. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

L'associazione più frequentemente osservata è quella tra sostanze stupefacenti e disturbi psichici in entrambi i gruppi (35,2% e 62,0%). Considerando i ricoveri con diagnosi principale droga correlata si ha una elevata combinazione con traumi ed avvelenamenti (21,9%) e con patologie al sistema nervoso centrale (12,1%), mentre nel 15,0% dei casi non si hanno diagnosi secondarie associate.

Considerando invece, i ricoveri con diagnosi secondaria droga correlate, le patologie maggiormente comorbili rispetto al primo gruppo di SDO (con diagnosi principale correlata) sono quelle di tipo infettivologico (8,4% vs 3,0%), seguite da quelle dell'apparato respiratorio (5,9% vs 2,9%) e dall'apparato digerente (4,7% vs 2,1%).

Nel 2011 si rileva una diminuzione dei ricoveri per uso di antidepressivi pari al 13,5% (754 nel 2010 vs 652 nel 2011), seguito dagli allucinogeni 12,5% (128 nel 2010 vs 112 nel 2011), dagli oppiacei 7,0% (5.288 nel 2010 vs 4.917 nel 2011), da sostanze non specificate 4,7% (8.046 nel 2010 vs 7.670 nel 2011), dai barbiturici 2,1% (4.759 nel 2010 vs. 4.660 nel 2011); infine, si evidenzia un calo dell'1,1% di ricoveri per uso di cocaina (1.858 nel 2010 vs 1.837 nel 2011).

Un aumento, si osserva, invece, nei ricoveri per uso di cannabinoidi del 13,5%; (1.133 nel 2010 vs 1.286 nel 2011), nei ricoveri per uso di più sostanze del 3,6% (1.850 nel 2010 vs 1.916 nel 2011) e nei ricoveri per uso di amfetamine pari a 2,5% (79 nel 2010 vs 81 nel 2011).

Tabella I.4.12: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Sostanza d'abuso. Anni 2010-2011

Caratteristiche	2010		2011		Δ %
	N	%	N	%	
Sostanza d'abuso					
Oppiacei	5.288	22,1	4.917	21,3	-7,0
Barbiturici	4.759	19,9	4.660	20,1	-2,1
Cocaina	1.858	7,8	1.837	7,9	-1,1
Pluri sostanze	1.850	7,7	1.916	8,3	3,6
Cannabinoidi	1.133	4,7	1.286	5,6	13,5
Antidepressivi	754	3,2	652	2,8	-13,5
Allucinogeni	128	0,5	112	0,5	-12,5
Amfetamine	79	0,3	81	0,4	2,5
Sostanze non specificate	8.046	33,7	7.670	33,2	-4,7

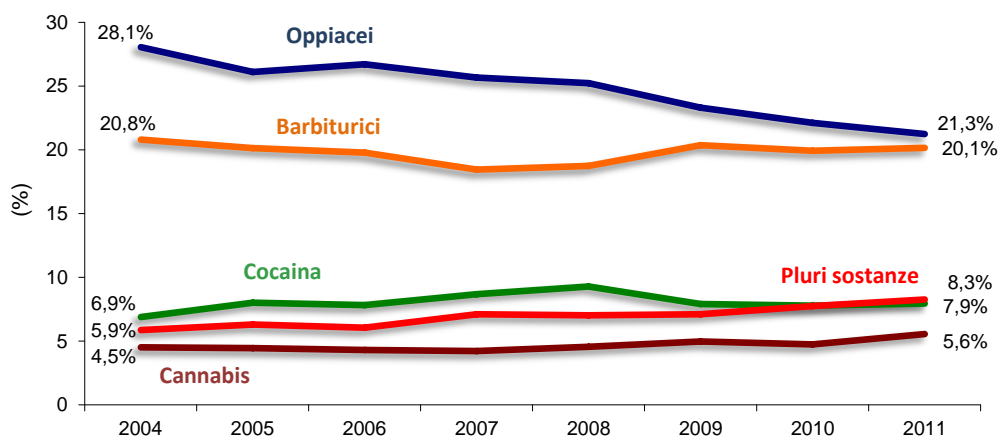
Diminuzione di ricoveri per uso di:
 - oppiacei (-7,0%)
 - barbiturici (-2,1%)
 - cocaina (-1,1%)
 Aumento dei ricoveri per cannabinoidi (+13,5%)
 - antidepressivi (-13,5%)
 - allucinogeni (-12,5%)
 - sostanze non specificate (-4,7%)

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Negli ultimi otto anni dal 2004 al 2011 si assiste ad un decremento di 6,8 punti percentuali di ricoveri per uso di oppiacei (28,1% del 2004 vs. 21,3% del 2011), uso di barbiturici fino al 2007 (20,8% nel 2004, 20,1% nel 2005, 19,8 nel 2006 e 18,5 nel 2007), per stabilizzarsi al 20% circa nel triennio 2009 -2011. I ricoveri di soggetti con uso di cannabis aumentano fino al 2009 (4,5% nel 2004 vs 5,0% nel 2008) e rimangono sostanzialmente invariati nel biennio successivo (4,7% nel 2010 vs 5,6% nel 2011).

Per la cocaina si ha il valore più alto di ricoveri nel 2008 (9,3%) che tende a diminuire e stabilizzarsi negli ultimi tre anni (7,9% nel 2009, 7,8% nel 2010 e 7,9% nel 2011); infine, aumentano di 2,4 punti percentuali i ricoveri per uso di più sostanze passando da 5,9% nel 2004 a 8,3% nel 2011.

Figura I.4.42: Percentuale dei soggetti ricoverati nelle struttura ospedaliere per sostanza d'abuso. Anni 2004 – 2011

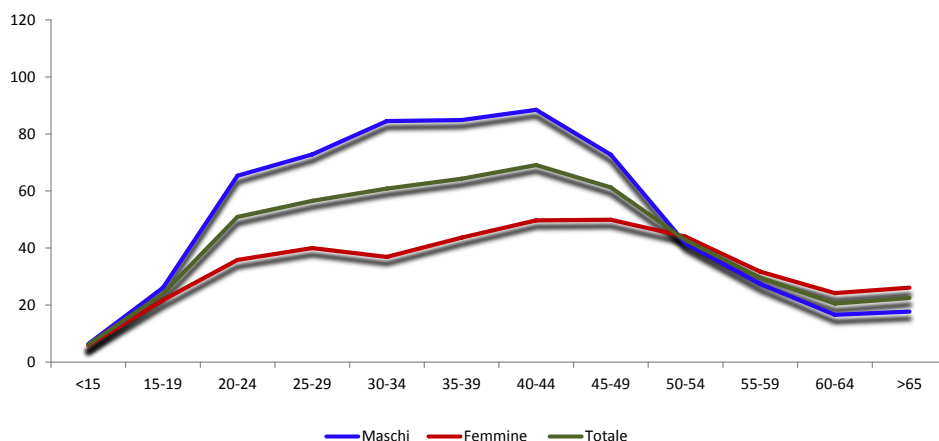


Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Come evidenziato dalla Figura I.4.42, 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 40-44 anni, con circa 88 ricoveri ogni 100.000 residenti; diversamente, il numero dei ricoveri delle donne prevale su quello dei maschi dopo i 54 anni, con punte massime nella fascia di età 40-49 anni, con circa 100 ricoveri ogni 100.000

residenti.

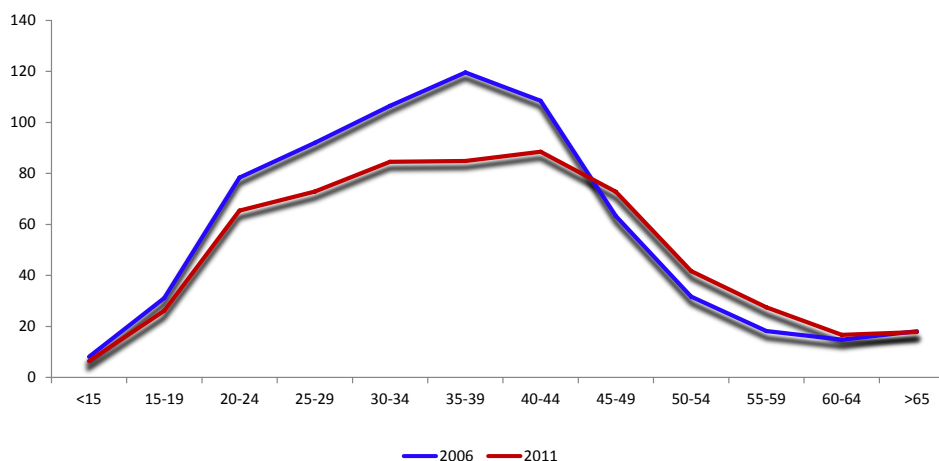
Figura I.4.43: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Evidenziando l'analisi per genere rispetto agli anni 2006 e 2011, nei maschi si osserva che il tasso di ospedalizzazione diminuisce per le fasce di età più giovani, infatti, si ha una diminuzione di 34,8 punti percentuali nella fascia di età 35 – 39 anni (circa 120 ricoveri nel 2006 vs circa 85 ricoveri nel 2011); mentre nelle fasce di età avanzate vi è un aumento del tasso di ospedalizzazione pari a 10,0 punti percentuali per la fascia di età 50 – 54 anni (circa 32 ricoveri nel 2006 vs 42 ricoveri nel 2011). Tale traslazione del tasso di ospedalizzazione ad età più avanzate, secondo alcune elaborazioni approfondite, è imputabile all'invecchiamento dei tossicodipendenti in trattamento per uso di oppiacei, che ricorrono periodicamente all'assistenza ospedaliera.

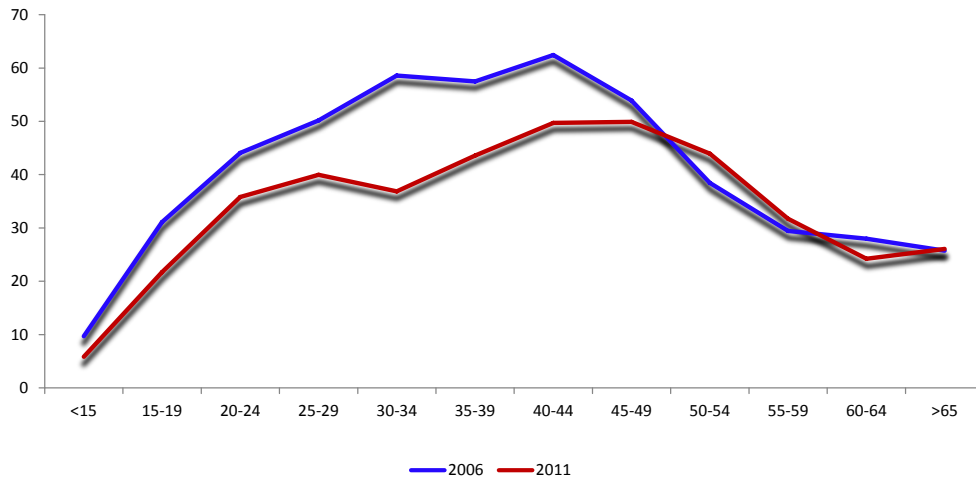
Figura I.4.44: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per Maschi e classi di età. Anni 2006 e 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Se pur con minore intensità, anche per le femmine si osserva una diminuzione nelle fasce di età più giovani. Nella fascia di età 30 – 34 anni si evidenzia una diminuzione di 21,7 punti percentuali (circa 58 ricoveri nel il 2006 vs. 37 ricoveri nel 2011). Aumenta, di circa 5,5 punti percentuali il tasso di ospedalizzazione sia nella fascia di età 50 – 54 anni (circa 39 ricoveri nel 2006 vs. 44 ricoveri nel 2011) sia nelle femmine con un'età maggiore di 65 anni (25 ricoveri nel 2006 e circa 26 nel 2011).

Figura I.4.45: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per Femmine e classi di età. Anni 2006 e 2011



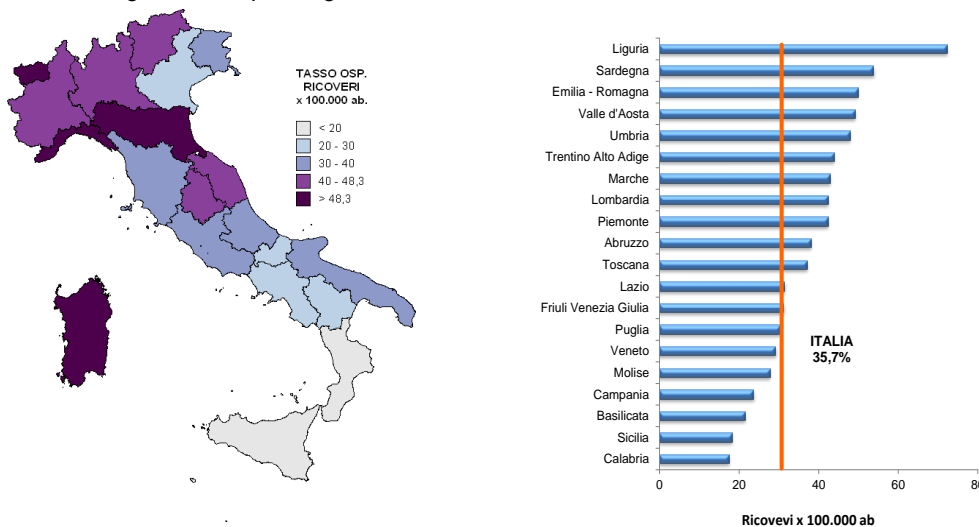
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

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 standardizzato¹ più elevato con circa 72 ricoveri ogni 100.000 residenti, seguito a distanza dalle regioni, Sardegna con circa 54 ricoveri per 100.000 residenti, Emilia – Romagna e Valle d'Aosta con 50 ricoveri e dall'Umbria e per la quale si registra un tasso di ospedalizzazione di circa 48 ricoveri per 100.000 residenti (Figura I.4.46).

Figura I.4.46: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione. Anno 2011



Regioni a più alto tasso di ricovero: Liguria, Sardegna, Emilia – Romagna, Valle d'Aosta e Umbria

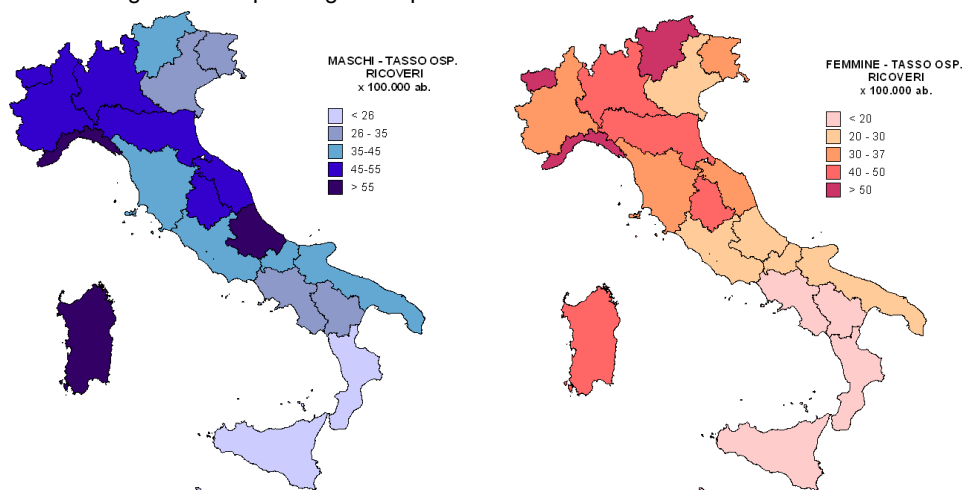
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

¹ 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.

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 97 ricoveri, seguita dalla regione Sardegna con circa 62 ricoveri, dall'Abruzzo con circa 57 ricoveri, dalle Marche con 55 ricoveri e dall'Emilia – Romagna con circa 54 ricoveri per 100.000 ab.. Le regioni con un minor numero di ricoveri, per il genere maschile, risultano le regioni del sud: la Calabria con 20 ricoveri, la Sicilia con 21 ricoveri ed infine, la Basilicata con circa 26 ricoveri.

Anche per il genere femminile la regione che detiene il primato di ricoveri risulta essere la Liguria con circa 55 ricoveri, seguita da Regione Trentino Alto Adige e dalla Valle d'Aosta con 49 ricoveri, dall'Umbria con circa 47 ricoveri, dall'Emilia - Romagna con 45 ricoveri ed, infine, dalla Sardegna con 43 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, Calabria con 15 ricoveri e le Regioni della Sicilia, Basilicata e Campania con 16 ricoveri (Figura I.4.47).

Figura I.4.47: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione e per Genere. Anno 2011



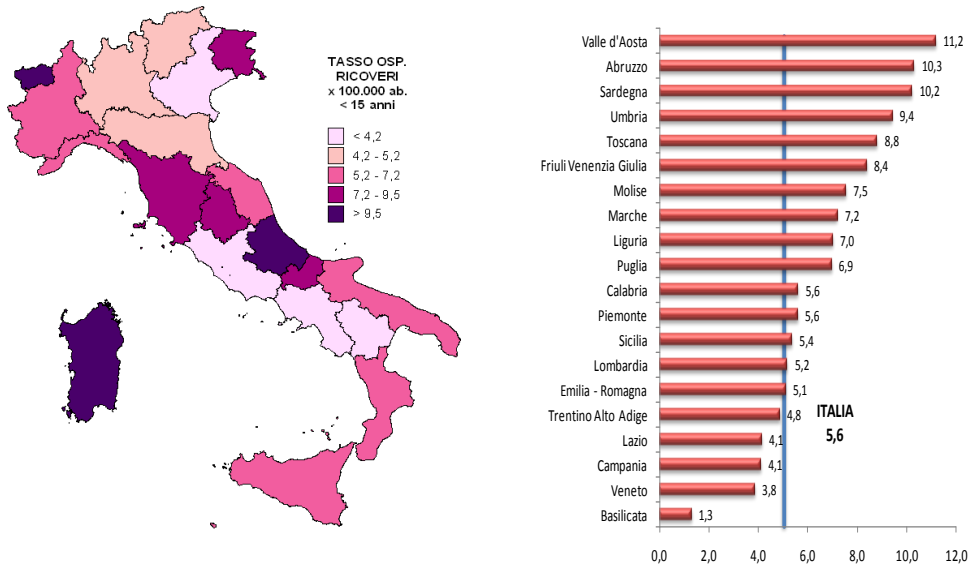
Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Nei ricoveri droga correlati over 55 per il genere maschile le regioni con più ricoveri risultano essere la Liguria con circa 32 ricoveri, il Trentino Alto Adige con 31 ricoveri ed infine la Sardegna con 30 ricoveri. Le regioni con minor frequenza di ricoveri risultano essere il Molise con 4 ricoveri, la Sicilia e la Calabria con 9 ricoveri e la Valle d'Aosta con 10 ricoveri.

Per il genere femminile le regioni con più ricoveri sono il Trentino Alto Adige con 55 ricoveri, l'Emilia – Romagna con 43 ricoveri, la Liguria con 41 ricoveri e la Sardegna con 39 ricoveri. Le regioni con minor numero di ricoveri, per le over 55, risultano essere le regioni del sud, la Puglia con 2 ricoveri, la Calabria con circa 10 ricoveri, la Campania con 12 ricoveri e la Sicilia con 14 ricoveri.

Particolare rilevanza assume l'analisi del ricorso all'assistenza ospedaliera da parte della popolazione più giovane; nel 2011 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 la Valle d'Aosta, con 11 ricoveri ogni 100.000 residenti di quella fascia di età. Seguono l'Abruzzo e la Sardegna con circa 10 ricoveri per 100.000 abitanti e l'Umbria con 9 ricoveri (Figura I.4.48).

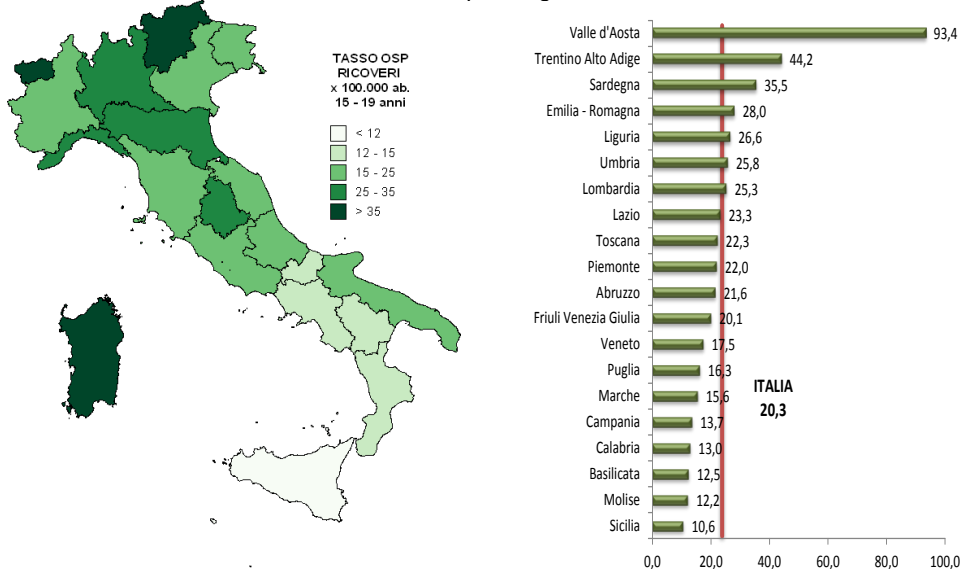
Figura I.4.48: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età inferiore a 15 anni. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Nella fascia di età 15-19 anni, il maggior ricorso al ricovero ospedaliero si osserva in Valle d'Aosta (94 ricoveri ogni 100.000 residenti), 44 ricoveri in Trentino Alto Adige e in Sardegna con 35 ricoveri. A ridosso di queste regioni si affaccia l'Emilia – Romagna con un tasso pari a 28 ricoveri ogni 100.000 abitanti (Figura I.4.49).

Figura I.4.49: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età tra 15 e 19 anni per Regione. Anno 2011



Regioni a più alto tasso di ricovero delle fasce giovanili 15-19; Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Sardegna

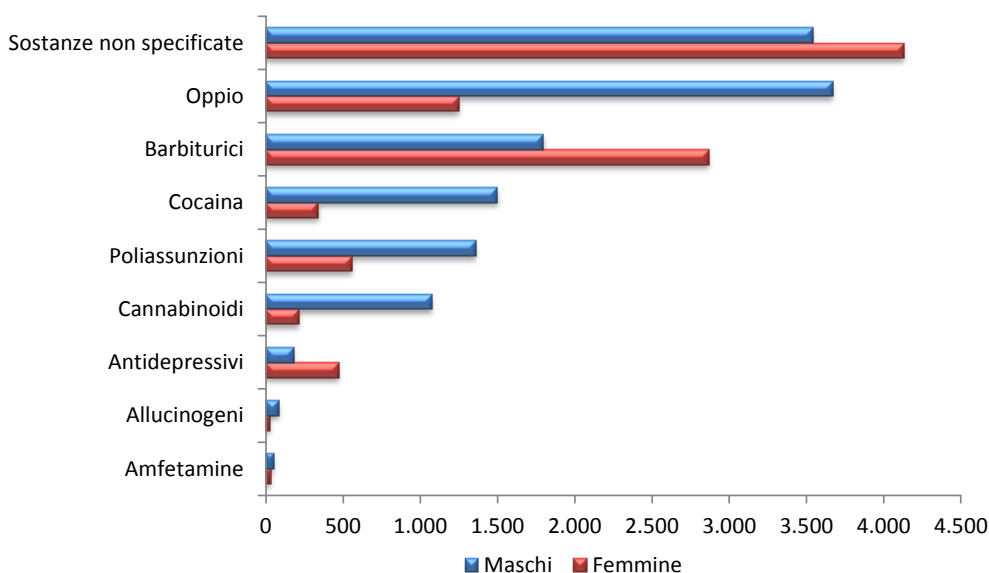
Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

La presenza in diagnosi principale di disturbi legati a dipendenza da sostanze 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 9.929 ricoveri pari al 42,9% del totale ricoveri droga-correlati del 2011. 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 (l'88,5% dei ricoveri). Nel 24,5% dei ricoveri è stata indicata una diagnosi della categoria dei traumatismi ed avvelenamenti da farmaci medicinali e prodotti biologici.

Con riferimento a 7.670 ricoveri droga correlati, pari al 33,1% del totale non è stata specificata la sostanza; per ulteriori 4.917 ricoveri (21,3%) è stata indicata in diagnosi principale o secondaria l'assunzione di oppiacei, nel 20,1% dei casi l'assunzione di barbiturici ed a seguire pluri sostanze (8,3%), cocaina (7,9%), cannabis (5,6%), antidepressivi (2,8%) ed in quantità trascurabili allucinogeni (0,5%) e amfetamine (0,4%) (Figura I.4.50).

Figura I.4.50: Distribuzione del numero di ricoveri per sostanza d'abuso secondo il genere dei pazienti ricoverati. Anno 2011



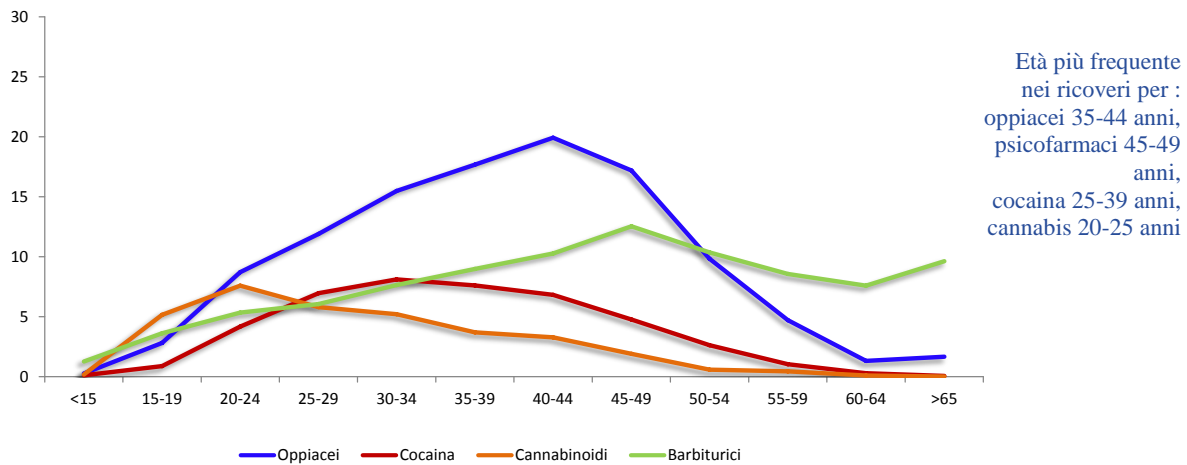
Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

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 osserva in prevalenza nelle donne in età avanzata, 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.4.51: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per patologia di sostanza. Anno 2011



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 (25-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-29 anni) per i consumatori di cannabis (Figura I.4.51).

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

1.4.2.2 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 "malattie infettive", il 75% fa uso di oppiacei, seguito da altre droghe con l'11%. Tra i pazienti con diagnosi droga - correlata e ricoverati per disturbi all'apparato digerente, il consumo da oppiacei si osserva nel 47% dei casi, percentuale che diminuisce tra i ricoverati per disturbi psichici (23%) seguito, anche in questo caso, da assuntori di altre droghe con il 30%. Infine nei pazienti con disturbi psichici si osserva un 23% con uso di oppiacei, e un 16% con consumo di cocaina.

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

Nel triennio 2009 - 2011 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, ha subito un lieve aumento di 1,0 punti percentuali (13,6 % nel 2009 vs 14,6% nel 2011).

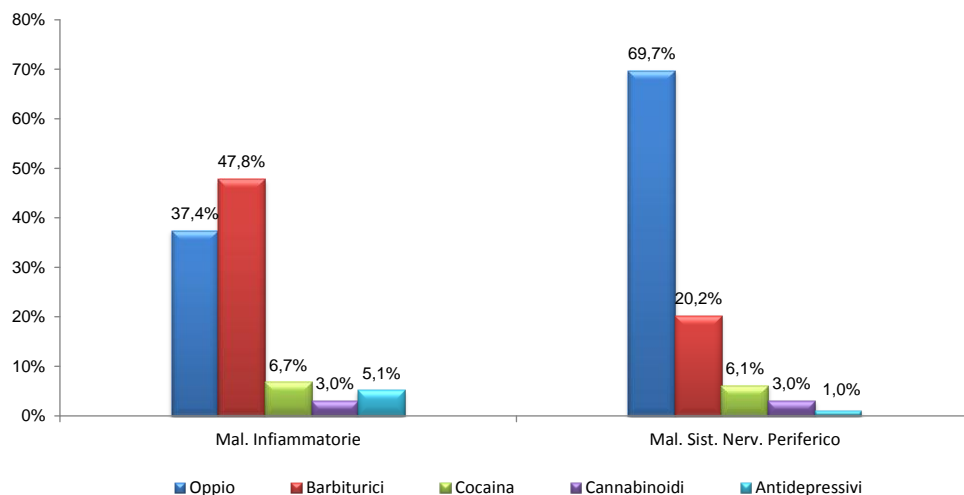
Lieve aumento dei ricoveri droga correlati con malattie del sistema nervoso

Maggiormente soggette a comorbilità con malattie del sistema nervoso sembrano essere le donne, alle quali si riferisce il 67,3% dei ricoveri con tali caratteristiche. 1.322 ricoveri, che rappresentano il 30,5% del totale droga correlati e comorbili con tali patologie, riguardano pazienti di età compresa tra 35 e 49 anni ed un ulteriore 17,3% si riferisce 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.4.52) si

riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi. Rispetto all'anno 2010 si osserva una diminuzione della percentuale di ricoveri correlati all'uso di cocaina.

Figura I.4.52: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema nervoso centrale, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi infiammatorie si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici (circa il 48%), contrariamente ai disturbi del sistema nervoso periferico, che, sebbene molto meno frequenti, si osservano in prevalenza tra i consumatori di oppiacei (circa il 70%).

1.4.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

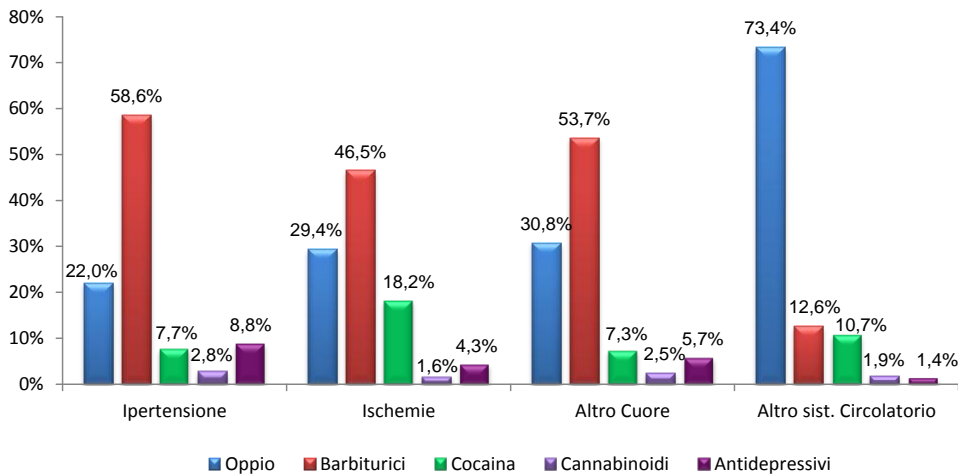
Nel 2011 i ricoveri droga correlati comorbili con patologie del sistema circolatorio hanno colpito in egual misura entrambi i generi e in quasi la metà dei casi (47,8%), pazienti ultra sessantacinquenni (46,4%); raramente, vengono colpiti soggetti di età giovane (4% fino a 30 anni).

Il 95% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie del sistema circolatorio risultano avvenuti in regime ordinario e il 71,0% 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 (45,5%), altre malattie del cuore (43,5%) e malattie ischemiche del cuore (10,4%).

Figura I.4.53: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema circolatorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2011



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

I.4.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio

Nel 2011 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi principale o secondaria relative a malattie dell'apparato respiratorio, costituiscono l'8,1% (pari a 1.880 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci.

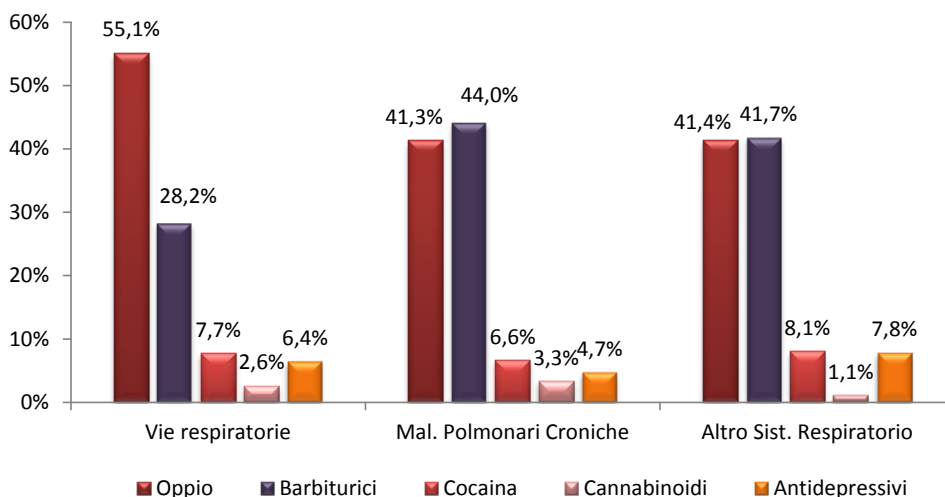
L'analisi del genere e dell'età evidenzia tra i comorbili la percentuale più elevata di maschi (61,2%) e di ultra 65enni: il 24,3%. Un ulteriore 45,4% di ricoveri si osserva per pazienti di età compresa tra 30 e 49 anni.

I ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano erogati in regime ordinario nel 98,0%; e l'82,7% è a carattere urgente, a fronte di valori più contenuti osservati per i ricoveri non comorbili (circa il 92% regime ordinario e oltre il 65,8% carattere urgente).

Nel 50,0% dei ricoveri in comorbilità con patologie dell'apparato respiratorio non è stata indicata una diagnosi specifica e in un ulteriore 29,3% di ricoveri (551) 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 (33,4%), seguiti da abuso di barbiturici (24,2%) e altre droghe non specificate (21,5%).

Figura I.4.54: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di patologie dell'apparato respiratorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi alle vie respiratorie colpiscono principalmente gli assuntori di oppiacei e di barbiturici, 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.4.54).

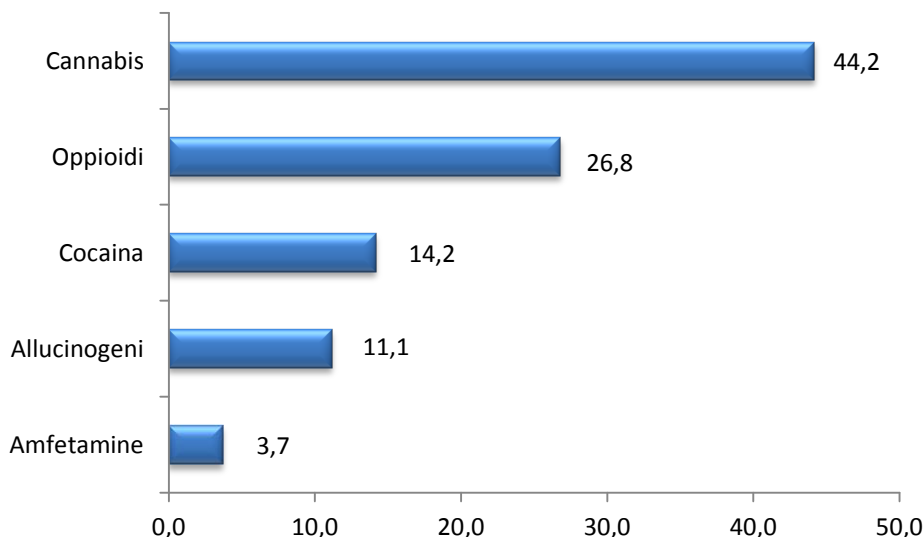
Malattie respiratorie e oppiacei

1.4.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2011)

Nel periodo compreso tra 2006 e 2011 i ricoveri correlati a droghe per soggetti minorenni sono stati complessivamente 3.525, di cui 1.843 (pari al 52,3%) riferiti a neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti.

Le analisi per sostanze evidenziano che la cannabis rappresenta la sostanza stupefacente più frequentemente associata (44,2% dei casi) alla diagnosi (primaria o secondaria), seguita dagli oppioidi con il 26,8%, dalla cocaina con il 14,2% dagli allucinogeni con il 11,1% ed infine dalle amfetamine con il 3,7% dei casi

Figura I.4.55: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per sostanza coinvolta.



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Infatti, nel 40,0% dei casi (pari a 2.306 SDO) si è trattato di neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti che hanno avuto necessità di ricovero per sindrome da astinenza neonatale.

I.4.3. Dati malattie infettive 2012 (Flusso SIND)

Come scritto nella nota tecnica introduttiva, ad inizio capitolo, con l'invio del nuovo flusso SIND i dati relativi alle malattie infettive con grado di copertura soddisfacente (oltre il 50% dell'utenza assistita presso i servizi) sono pervenute dalle Regioni Emilia – Romagna, Lombardia e Umbria. Si presentano di seguito una sintesi delle elaborazioni condotte su tali dati, precisando, infatti che, i dati relativi ai test per HIV presentano, inoltre, anche un altro problema relativo alla privacy, in quanto, per mantenere tale condizione, il trasferimento di uno specifico archivio non contenete alcun riferimento in grado di identificare, anche indirettamente, il singolo assistito perdendo quindi l'anonimato. Questo comporta che non è possibile l'individuazione delle persone alle quali il test è stato somministrato più volte all'anno di riferimento (riportate più volte all'interno dell'archivio) che andrebbe a generare conteggi multipli.

Tale aspetto risulta particolarmente importante nell'ambito delle analisi del numero di soggetti per i quali dispone l'informazione sull'esecuzione del test rispetto al contingente complessivo di persone assistite dai servizi, relativamente all'impossibilità del calcolo dell'indicatore. Infatti, potendo essere erroneamente un soggetto contato più volte, può verificarsi la condizione che il numero di soggetti con informazioni sull'esecuzione del test sia superiore al totale assistiti.

(Tabella I.4.13).

Tabella I.4.13: Utenti in carico nei Servizi, soggetti Testati e non testati a Test HBV, HCV e HIV. Anno 2012

Regioni	Tot. U.C.	Nessuna informazione	% no info su totale U.C.	Non testabili	Utenti				Utenti							
					Testati nell'anno				NON Testati nell'anno							
					N.U.		G.C.		N.U.		G.C.		N.U.		G.C.	
					Totale		Totale		Totale		Totale		% NON testati nell'anno sui testabili			
HBV																
Emilia Romagna	13.035	4.460	34,2	3.048	571	2.721	3.292	59,6	2	2.233	2.235	40,4				
Lombardia	18.188	6.309	34,7	886	721	5.183	5.904	53,7	1.227	3.862	5.089	46,3				
Umbria	3.083	1.544	50,1	429	55	376	431	38,8	7	672	679	61,2				
HCV																
Emilia Romagna	13.035	4.421	33,9	3.054	573	2.532	3.105	55,8	2	2.453	2.455	44,2				
Lombardia	18.188	7.398	40,7	1.491	717	4.507	5.224	56,2	1.226	2.849	4.075	43,8				
Umbria	3.083	1.632	52,9	472	50	279	329	33,6	6	644	650	66,4				
HIV																
Emilia Romagna	13.035	-	-	458	41	3.731	3.772	44,9	29	4.608	4.637	55,1				
Lombardia	18.188	-	-	1.138	2.512	6.665	9.177	43,9	2.374	9.345	11.719	56,1				
Umbria	3.083	-	-	41	58	379	437	13,6	401	2.368	2.769	86,4				

U.C.= Utenti in carico

N.U.= Nuovi Utenti

G.C. =Già in carico

Non testabili = positivi da anni precedenti

Testati nell'anno = positivi nell'anno + negativi nell'anno + esiti indeterminati nell'anno

Non testati nell'anno = ultimo esito negativo in anni precedenti + ultimo esito indeterminato in anni precedenti + test non eseguito nell'anno

Testabili = testati nell'anno + non testati nell'anno

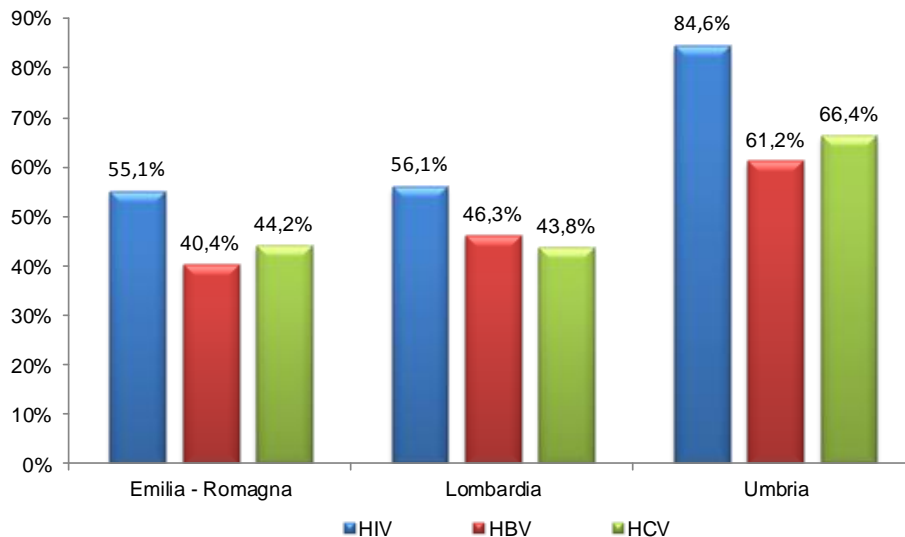
Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Per l'epatite B, si osserva che nella Regione Emilia – Romagna, dei 5.527 utenti testabili nell'anno di riferimento, più della metà è stato sottoposto a test HBV (59,6%) a valori simili a quelli osservati per la Regione Lombardia (53,7%) mentre valori sensibilmente più bassi si riscontrano per la Regione Umbria (38,8%).

Per l'epatite C, l'attività di testing è stata condotta su oltre la metà dell'utenza assistita nelle Regioni Emilia – Romagna e Lombardia (rispettivamente 55,8% e 56,2%) a fronte di percentuali sensibilmente inferiori per la Regione Umbria, analogamente agli accertamenti dell'epatite B.

L'utenza testata presso i servizi per HIV, risulta in percentuale ancora inferiore rispetto ai precedenti virus. In Emilia – Romagna, infatti, sono stati testati il 44,9% dei soggetti testabili, il 43,9% in Lombardia e solo il 13,56% in Umbria.

Figura I.4.56: Percentuale Utenti dei Ser.T. **Non Testati su testabili** per i Test HIV, HBV e HCV. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

I.4.3.1 Diffusione di HIV e AIDS

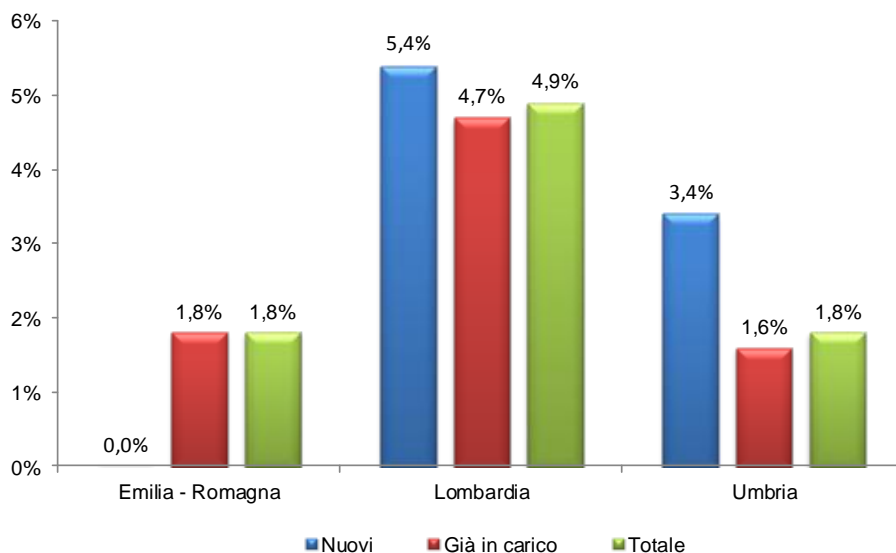
Sulla base dei dati pervenuti e considerando solamente le Regioni di cui abbiamo più informazioni sui test, la prevalenza di positivi dell'infezione HIV nell'utenza sottoposta a test nel 2012, per l'Emilia – Romagna è risultata pari a 1,8%, tutti i casi riscontrati tra l'utenza già nota ai servizi. Per la Regione Lombardia si osserva una positività più alta al test HIV nella nuova utenza pari al 5,4% contro il 4,7% registrata negli utenti già noti. Anche per la Regione Umbria si riscontra una positività più alta negli utenti nuovi in carico ai servizi (3,4% vs. 1,6%).

Tabella I.4.14: Prevalenza di utenti **Positivi** nell'anno di riferimento sottoposti a Test HIV. Anno 2012

Regioni	Utenti POSITIVI nell'anno					
	Nuovi Utenti		Già in carico		Totale	
	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo
Emilia Romagna	0	0,0	65	1,8	65	1,8
Lombardia	58	5,4	131	4,7	189	4,9
Umbria	2	3,4	6	1,6	8	1,8

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Figura I.4.57: Prevalenza di utenti **Positivi Testati HIV** nel 2012.



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

I.4.3.2 Diffusione di Epatite virale B

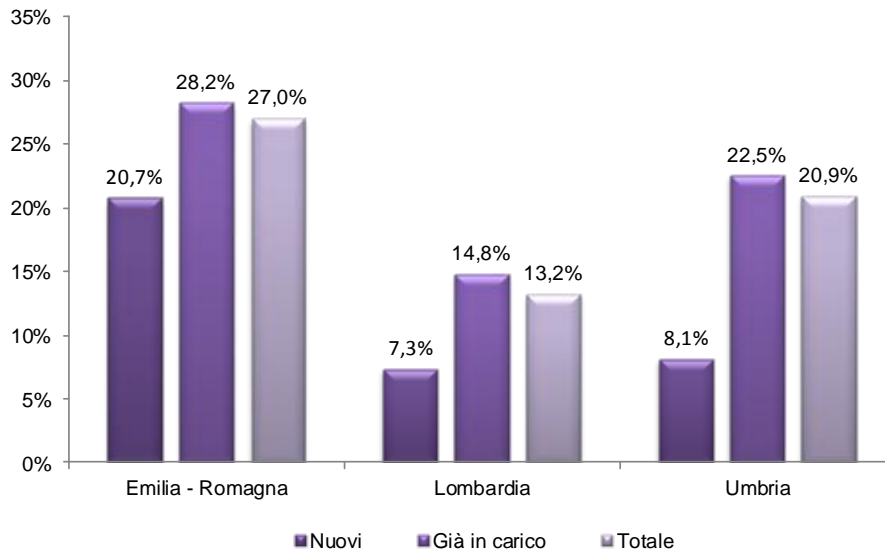
Tra i soggetti sottoposti a test HBV nel 2012, in Emilia – Romagna si riscontra una positività più alta tra gli utenti già in carico ai servizi pari al 28,2% rispetto ai nuovi utenti (prevalenza di positivi al test pari al 20,7%). In Lombardia la prevalenza complessiva è pari al 13,2% ripartita nel seguente modo: 7,3% di positivi tra i nuovi e 14,8% tra gli utenti già in carico a fronte di valori sensibilmente più elevati in Umbria in cui la prevalenza totale di positivi a test è pari al 20,9% di cui l’8,1% di nuovi utenti positivi a test e 22,5% di positivi già in carico.

Tabella I.4.15: Prevalenza di utenti Positivi nell’anno di riferimento sottoposti a Test HBV. Anno 2012

Regioni	Utenti POSITIVI nell'anno					
	Nuovi Utenti		Già in carico		Totale	
	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo
Emilia Romagna	72	20,7	490	28,2	562	27,0
Lombardia	34	7,3	244	14,8	278	13,2
Umbria	3	8,1	66	22,5	69	20,9

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Figura I.4.58: Prevalenza di utenti Positivi Testati HBV nel 2012.



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

I.4.3.3 Diffusione di Epatite virale C

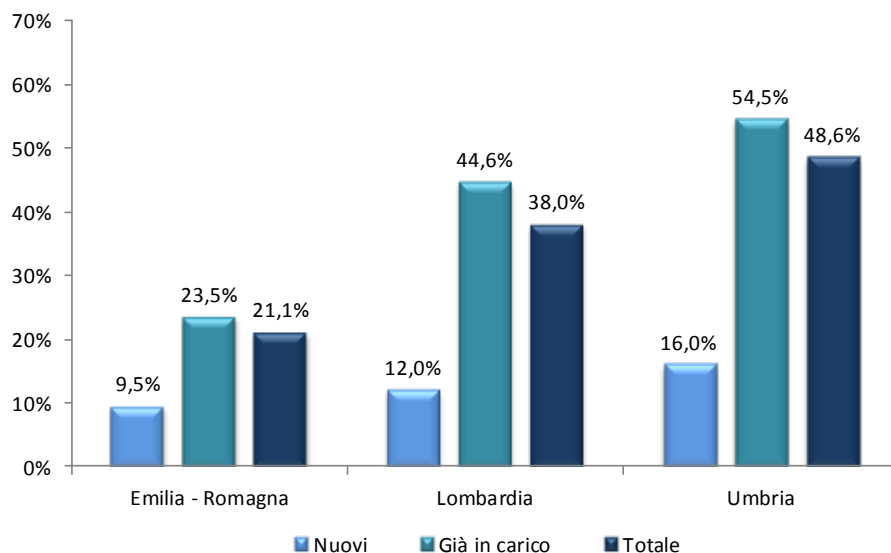
Tra i soggetti sottoposti a test HCV nel 2012, in Emilia – Romagna si riscontra una positività più alta tra gli utenti già in carico ai servizi pari al 40,3% rispetto ai nuovi utenti con una prevalenza di positivi a test pari al 22,0%. In Lombardia la prevalenza complessiva è pari al 38,0% ripartita nel seguente modo: 12,0% di positivi tra i nuovi e 44,0% tra gli utenti già in carico. In Umbria la prevalenza totale di positivi a test è pari al 48,6% di cui il 16,0% di nuovi utenti positivi a test e 54,5% di positivi già in carico. Come già emerso nelle analisi degli anni precedenti nelle Regioni in cui si osserva una minore attività di testing corrispondono valori più elevati della prevalenza di positivi.

Tabella I.4.16: Prevalenza di utenti Positivi nell'anno di riferimento sottoposti Test HCV. Anno 2012

Regioni	Utenti POSITIVI nell'anno					
	Nuovi Utenti		Già in carico		Totale	
	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo
Emilia Romagna	126	22,0	1.021	40,3	1.147	36,9
Lombardia	71	12,0	1.047	44,6	1.118	38,0
Umbria	8	16,0	152	54,5	160	48,6

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Figura I.4.59: Prevalenza di utenti Positivi Testati HCV nel 2012.



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

I.4.4 Incidenti stradali droga correlati

Per l’Organizzazione Mondiale della Sanità gli incidenti stradali 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.

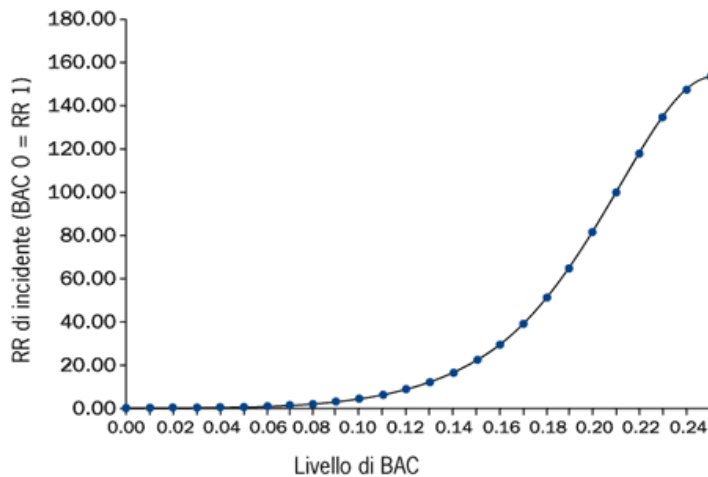
Tra quelli legati allo stato del conducente si possono classificare come di particolare rilievo l’alcol che è il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali, e le sostanze stupefacenti specialmente se accompagnate dal consumo dell’alcol stesso.

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 “Alcool free”.

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); ciò è evidente anche dalla Figura I.4.60

Premesse

Figura I.4.60: Stima del rischio relativo di morte per livello di BAC dei guidatori in incidenti senza il coinvolgimento di altri veicoli



Fonte: Osservatorio Nazionale Alcol

L'obiettivo fissato dall'Unione Europea nel Libro Bianco del 13 settembre 2001 che prevedeva la riduzione della mortalità del 50% entro il 2010 è stato perseguito in media dai 27 Paesi UE al 42,9% (Italia 42,4%), l'Italia, nel 2011 non ha ancora raggiunto il traguardo anche se il calo registrato (-45,6%) è più elevato del valore medio europeo (-44,5%); in valore assoluto le morti sono passate, dal 2010 al 2011 da 4.090 a 3.860 con una diminuzione del 5,6%.

Confrontata con le altre grandi nazioni europee, si ritrova dietro Spagna (-62,7%), Portogallo (-53,0%), Francia (-51,4%) alla pari con il Regno Unito e meglio della sola Germania (-42,6%).

Tabella I.4.17: Morti in incidenti stradali nei paesi membri dell'Unione Europea (UE27) valori assoluti e variazione percentuale - anni 2001-2011

Nazione	2001	2011	Δ % 2011/2001
Austria	958	523	-45,4
Belgio*	1.486	875	-41,1
Bulgaria	1.011	658	-34,9
Cipro	98	71	-27,6
Danimarca*	431	221	-48,7
Estonia	199	101	-49,2
Finlandia*	433	292	-32,6
Francia	8.162	9.970	-51,4
Germania*	6.977	4.002	-42,6
Grecia*	1.880	1.087	-42,2
Irlanda	411	186	-54,7
Italia	7.096	3.860	-45,6
Lettonia	558	179	-67,9
Lituania*	706	297	-57,9
Lussemburgo	70	33	-52,9
Malta	16	17	6,3

continua

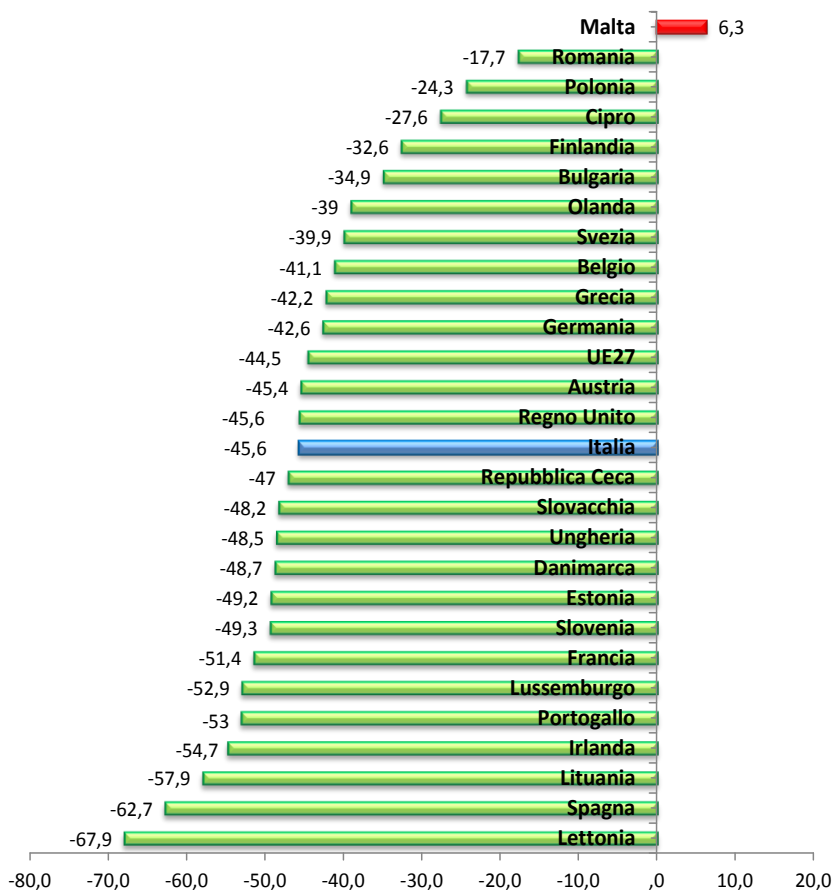
continua

Nazione	2001	2011	Δ % 2011/2001
Olanda	1.083	661	-39,0
Polonia*	5.534	4.189	-24,3
Portogallo	1.670	785	-53,0
Regno Unito*	3.598	1.958	-45,6
Repubblica Ceca	1.334	707	-47,0
Romania	2.454	2.018	-17,7
Slovacchia	625	324	-48,2
Slovenia	278	141	-49,3
Spagna	5.517	2.056	-62,7
Svezia	531	319	-39,9
Ungheria	1.239	638	-48,5
UE27	54.355	30.168	-44,5

Fonte: Rapporto ACI-ISTAT 2012

*: dati provvisori

Figura I.4.61: Morti in incidenti stradali nei paesi membri dell'Unione Europea (UE27) variazione percentuale - Anni 2001-2011



Fonte: Rapporto ACI-ISTAT 2012

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.

In Italia, tra il 2001 e il 2011, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 205.638, con un calo del 21,8%; i morti sono diminuiti da 7.096 a 3.860 (-45,6%) e i feriti da 373.286 a 292.019 (-21,8%).

Considerando che nello stesso arco temporale (2001-2011) il parco veicolare è cresciuto del 18,6% la performance dell'Italia è da considerarsi soddisfacente.

Nel 2011, rispetto al 2010, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-2,7%) e dei feriti (-3,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-5,6%).

Italia 2001-2011

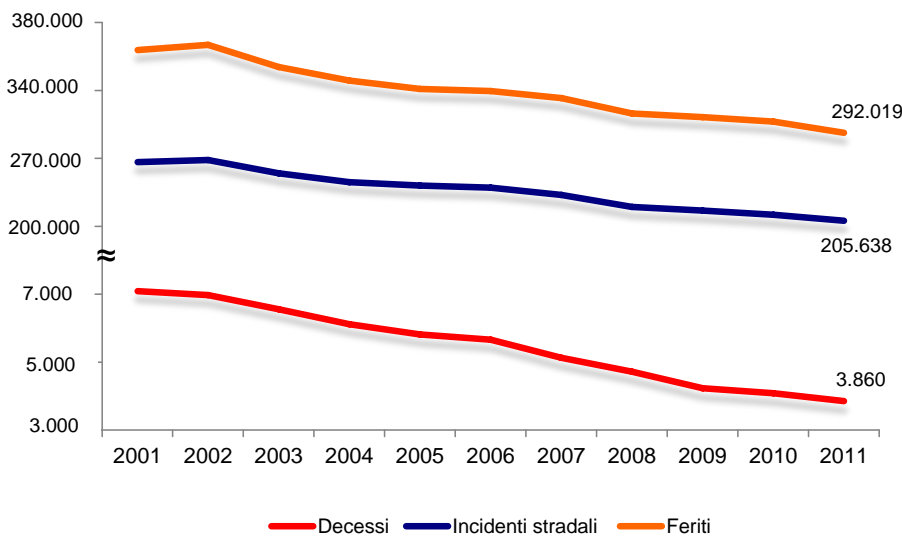
riduzione degli
incidenti stradali:
-21,8%

riduzione dei morti:
- 45,6%

riduzione dei feriti:
- 21,8%

aumento parco
veicolare:
+18,6%

Figura I.4.62: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia – anni 2001-2011 - valori assoluti.



Fonte: Rapporto ACI-ISTAT 2012

L'analisi di seguito riportata si riferisce a dati ISTAT non pubblicati nell'annuale rapporto ACI-ISTAT poiché, già precedenti edizioni, accogliendo anche alcune nostre osservazioni rispetto al quadro sottostimato di incidenti alcol e droga correlati, ha pubblicato questa nota: "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"; ciò premesso sulla qualità del dato, non imputabile all'Istituto di Statistica, si riportano in Tabella I.4.18 i dati per il biennio 2010-2011 di incidenti, deceduti e feriti alcol e droga correlati.

Dal raffronto 2010-2011 si evince una sostanziale stabilità per quanto concerne gli indicatori legati all'alcol ed un incremento per quelli legati alle droghe, soprattutto per i decessi.

Quadro generale

Dal 2010 al 2011
tassi stabili per
alcol, in lieve
aumento per droghe.

Tabella I.4.18: Incidenti e cause , valori assoluti e percentuali, anni 2010-2011

	2010			2011		
	Incidenti	Deceduti	Feriti	Incidenti	Deceduti	Feriti
Alcol	5.400	136	8.276	5.211	122	8.095
Droghe	848	35	1.489	886	35	1.472
Totale	6.248	171	9.765	6.097	157	9.567
Nessuna	209.157	4.066	297.493	199.541	3.703	282.452
Totale Gen.	215.405	4.237	307.258	205.638	3.860	292.019
Alcol	2,51%	3,21%	2,69%	2,53%	3,16%	2,77%
Droghe	0,39%	0,83%	0,48%	0,43%	0,91%	0,50%
Totale	2,90%	4,04%	3,17%	2,96%	4,07%	3,27%

Più del 4% dei decessi 2010 e 2011 è causato ufficialmente da alcol o droga

Fonte: Elaborazioni DPA su dati ISTAT

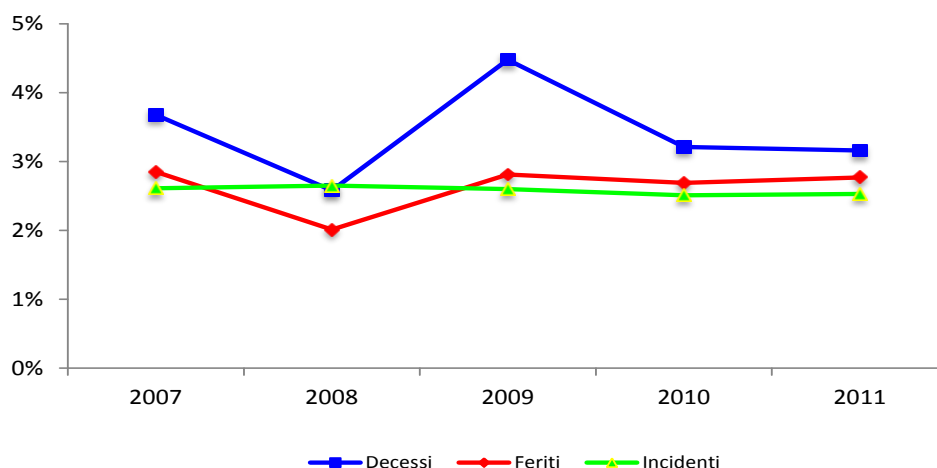
Tabella I.4.19: Incidenti e cause , variazione percentuali, anni 2010-2011

	Δ% 2011/2010		
	Incidenti	Deceduti	Feriti
Alcol	-3,5	-10,3	-2,2
Droghe	4,5	0,0	-1,1
Totale	-2,4	-8,2	-2,0
Nessuna sostanza	-4,6	-8,9	-4,9
Totale Gen.	-4,5	-8,9	-5,0

Molto bene il calo dei decessi alcol correlati, in aumento gli incidenti droga correlati

Fonte: Elaborazioni DPA su dati ISTAT

Figura I.4.63: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia alcol correlati – Italia - anni 2007-2011 - valori percentuali



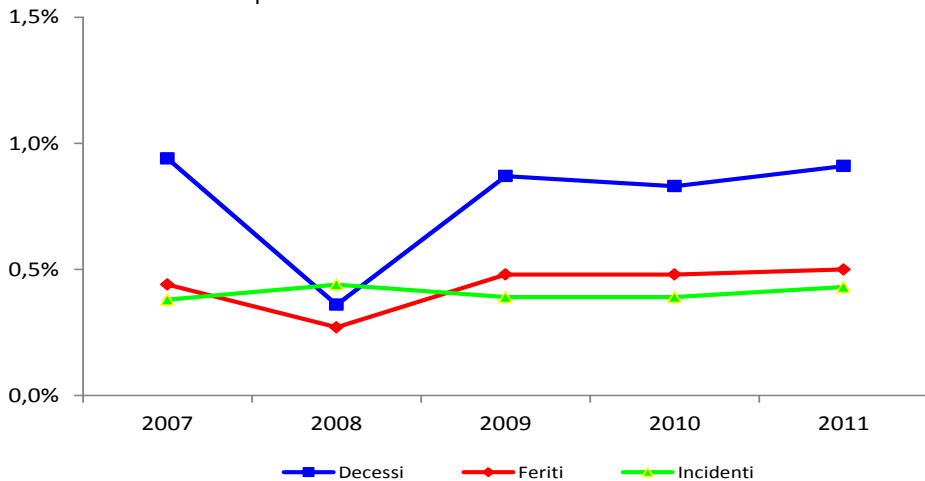
Gli incidenti alcol correlati causano molti più decessi della media

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Nella Figura I.4.63 si evidenzia un trend molto stabile degli incidenti alcol correlati mentre per i decessi è rilevante notare come la linea si ponga sostanzialmente ben al di sopra di quella degli incidenti a significarne la particolare gravità.

Lo stesso fenomeno, in maniera ancora più rilevante, è evidenziato per i decessi droga correlati nella successiva figura I.4.60

Figura I.4.64: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia droga correlati – Italia - anni 2007-2011 - valori percentuali



Anche gli incidenti droga correlati causano molti più decessi della media

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Il sistema di sorveglianza Passi (la sperimentazione condotta da Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità avente l'obiettivo di effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta italiana) ha pubblicato un Rapporto Nazionale su Alcol e Guida 2012 basato su una rilevazione tramite interviste telefoniche che ha coinvolto soggetti distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Tabella I.4.20: Percentuale di persone intervistate che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche nell'ora precedente per Regione di residenza, tra coloro che dichiarano di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni – Anni 2010-2012

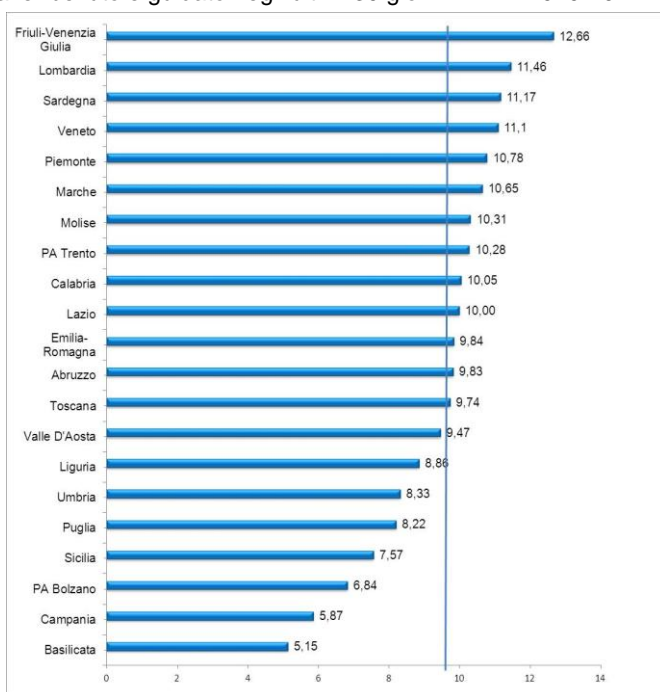
Regione	%	IC 95%	
Piemonte	10,78	10,08	11,53
Valle d'Aosta	9,47	7,628	11,7
Lombardia	11,46	10,38	12,62
PA Bolzano	6,84	5,372	8,665
PA Trento	10,28	8,88	11,87
Veneto	11,10	10,55	11,67
Friuli Venezia Giulia	12,66	11,7	13,68
Liguria	8,86	7,78	10,07
Emilia-Romagna	9,84	9,192	10,54
Toscana	9,74	9,028	10,5
Umbria	8,33	7,411	9,349
Marche	10,65	9,503	11,91
Lazio	10,00	9,192	10,86
Abruzzo	9,83	8,376	11,5
Molise	10,31	8,368	12,64
Campania	5,87	5,031	6,844
Puglia	8,22	7,405	9,106
Basilicata	5,15	3,548	7,423
Calabria	10,05	8,205	12,26
Sicilia	7,57	6,306	9,052
Sardegna	11,17	9,445	13,16
Pool di ASL	9,59	9,346	9,847

Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI

Il dato medio del pool di ASL coinvolto (vedi Tabella 1.4.20) 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'aver bevuto almeno due unità alcoliche.

In particolare l'analisi regionale evidenzia che nel Nord Est si riscontrano le percentuali più alte (Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Veneto nell'ordine) nonché in Sardegna, i valori più bassi sono riscontrabili nelle regioni meridionali (Basilicata, Campania e Sicilia) e nella provincia autonoma di Bolzano.

Figura I.4.65: Percentuale di persone intervistate che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche nell'ora precedente per Regione di residenza, tra coloro che dichiarano di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni – Anni 2010-2012



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI

La Polizia Stradale (Ministero dell'Interno) è un settore specializzato della Polizia di Stato che opera lungo la rete autostradale e la grande viabilità italiana; gli operatori della Stradale, poco meno di 12.000 unità, sono impiegate ogni giorno circa 1.500 pattuglie (375 per quattro turni al giorno) sui 7 mila chilometri della rete autostradale italiana e su 450.000 Km di rete stradale primaria nazionale, dove circolano oltre 42.000.000 di veicoli, rendendo l'Italia in assoluto il Paese europeo con il rapporto più alto tra veicoli e cittadini.

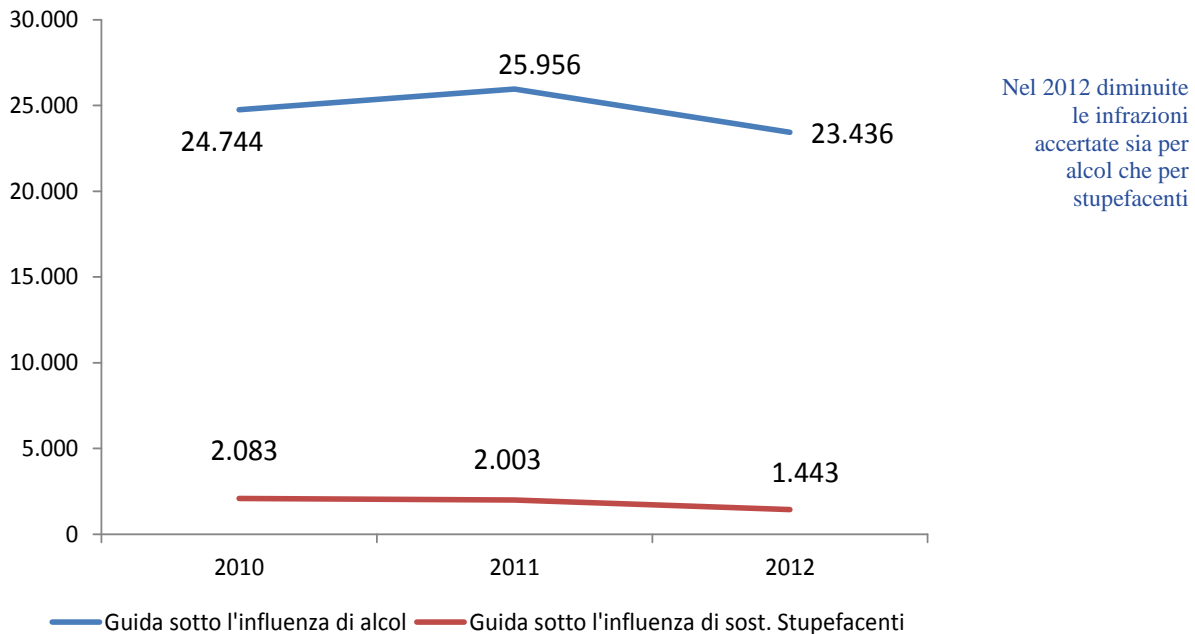
Tabella I.4.21: Infrazioni accertate per art. 186 e 187 CdS e percentuali sul totale delle stesse - Italia - Anni 2010-2012

	2010	2011	2012	%10	%11	%12
Guida sotto l'influenza di alcol (art. 186)	24.744	25.956	23.436	1,04	1,07	1,07
Guida sotto l'effetto di sost. stup. (art. 187)	2.083	2.003	1.443	0,09	0,08	0,07
Totale infrazioni per art. 186 e 187	26.827	27.959	24.879	1,13	1,15	1,14
Tot. Gen. Infrazioni	2.369.540	2.426.956	2.191.745			

Fonte: Elaborazione su dati Ministero Interno - Polizia Stradale

Più dell'1% le infrazioni accertate per alcol

Figura I.4.66: Infrazioni accertate per art. 186 e 187 CdS - Italia - anni 2010-2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero Interno - Polizia Stradale

Dall'analisi della Tabella I.4.21 si riscontra che le infrazioni accertate per violazione dell'art. 186 del Codice della Strada sono in diminuzione così come il totale generale delle infrazioni mentre quelle legate all'art. 187 CdS registrano un ulteriore calo scendendo di quasi il 28% rispetto al 2011. I dati potrebbero essere spiegati da un insieme di fattori, il comportamento più virtuoso dei conducenti, l'aumentato numero del volume di controlli (il numero delle pattuglie impiegate è stato di 513.719 nel 2010, 522.158 nel 2011 e 528.108 nel 2012) nonché la crisi economica che ha ridotto l'uso degli automezzi.

Più controlli
meno infrazioni

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

Diminuzione
costante delle
infrazioni per droga

I dati relativi all'incidentalità nei fine settimana forniti da ASAPS (Associazione Sostenitori Amici Polizia Stradale) per l'anno 2012 evidenziano un andamento positivo. Secondo i rilievi della sola Polizia Stradale e dei Carabinieri, rispetto al 2011 si registrano lievi diminuzioni per: numero complessivo dei sinistri, vittime, decessi al di sotto dei 30 anni, feriti e incidenti mortali su due ruote.

Anche gli incidenti e le vittime nelle ore notturne (22-06), diminuiscono: gli incidenti complessivi sono passati da 41.042 nel 2011 a 35.829 nel 2012, -5.213 incidenti pari a un calo del 12,7%, le vittime sono passate da 1.100 a 1.048 (-4,7%) e i feriti da 32.762 sono scesi a 28.052, -4.710 pari a una diminuzione del 14,4%. I ragazzi con meno 30 anni che hanno perso la vita nel 2012 sono stati 331, contro i 377 del 2011 -46 decessi pari al -12,2%.

Per l'incidentalità notturna, quella relativa alla fascia oraria che va dalle 22 alle 06 del venerdì sul sabato e del sabato sulla domenica 289 persone hanno perso la vita nei 263 incidenti. Rispetto al 2011, si registra un decremento del 16,2%, ovvero ben 56 decessi in meno rispetto alle 345 vittime delle notti dei week-end dell'anno precedente.

Tabella I.4.22: Incidentalità nel fine settimana - anni 2011-2012

	2011	2012	Δ %2012/2011
Incidenti complessivi nei weekend	41.042	35.829	-12,7
Decessi nei weekend	1.100	1.048	-4,7
Decessi nei weekend ore notturne	345	289	-16,2
Decessi nei weekend under 30	377	331	-12,2
Feriti nei weekend	32.762	28.052	-14,4

Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Dati del weekend:
 Incidenti -12,7%
 Decessi -4,7%
 Feriti -14,4%
 Decessi Under 30:
 -12,2%
 Decessi notturni
 -16,2%

L'Osservatorio "Sbirri Pikkiati" del Centauro - ASAPS nel 2011 ha registrato 2.290 (60 in più del 2011) casi di aggressione fisica (referto medico per lesioni fisiche subite) ad operatori di polizia che operano su strada. In 517 casi (22,7%) per aggredire l'agente sono state usate armi proprie o improprie (bastoni, coltelli, crick, in molti casi la stessa vettura per travolgere il poliziotto). Il 51,7% delle aggressioni hanno riguardato appartenenti all'Arma dei Carabinieri, il 36,3% la Polizia di Stato, il 10,1% la Polizia Locale, il 5,9% altri corpi. In 803 casi (35,1%) l'aggressore era sotto gli effetti di alcol o sostanze stupefacenti. Nel 2011 le aggressioni erano state 2.230, l'incremento è quindi del 2,7%. Il 37,3% degli episodi avviene al nord, il 25,5% al centro e il 37,2% al sud.

803 aggressioni
 fisiche ad agenti di
 strada causate da
 alcol o droga

L'Osservatorio ASAPS "I contromano", che registra tali infrazioni da cui conseguono incidenti, pur nella limitata casistica indica che, nel 2012, su 298 episodi riscontrati in ben 67, pari al 22,5% , è stata accertato nel conducente l'ebbrezza da alcol o l'uso di sostanze stupefacenti, un dato che probabilmente potrebbe avvicinarsi molto alla reale, ma al momento non ancora accertabile, incidenza del fenomeno degli incidenti stradali alcol e droga correlati.

Il 22,5% dei
 conducenti
 "contromano" sotto
 l'effetto di alcol o
 droga

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

Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri a partire dall'anno 2009 ha promosso la diffusione del Protocollo Drugs on Street (D.O.S.), un'iniziativa che ha l'intento di favorire 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 Drugs
 on Street

L'attività di controllo svolta attraverso il protocollo D.O.S. ha consentito di definire una modalità di rilevazione specifica per individuare i conducenti che, pur non avendo assunto alcol, risultano in stato di alterazione psico-fisica per assunzione di sostanze stupefacenti.

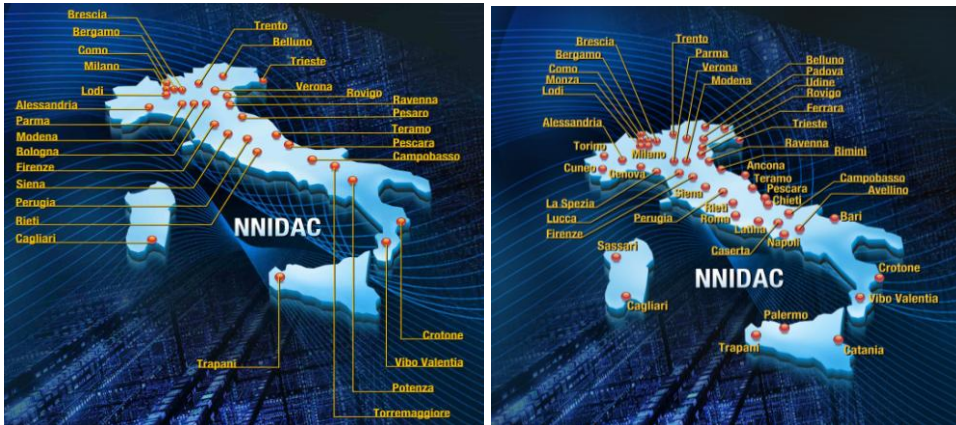
A seguito della fattiva esperienza condotta presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 20 di Verona, il Dipartimento Politiche Antidroga ha esteso l'iniziativa coinvolgendo gran parte del territorio nazionale invitando alla creazione di network locali che ripercorressero l'esperienza veronese: al fine di implementare le attività di controllo sul territorio locale, attraverso l'invio di materiale informativo relativo al Protocollo Drugs on Street, sono state contattate Prefetture, Assessorati Regionali, Province Autonome e Comuni Italiani.

Sperimentazione
 attiva in 29 Comuni
 italiani

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 un finanziamento 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 Prefetture, è stato attivato nel biennio 2010/2011 nei 29 Comuni riportati in Figura I.1.4.60, estendendo la richiesta di adesione al Protocollo D.O.S. per il biennio 2012/2013 a circa 50 Comuni (Figura I.4.67).

Figura I.4.67: Comuni aderenti e partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011(sx.) e ampliamento a 50 comuni nel 2012-2013 (dx.) – Protocollo Drugs on Street.



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS

I controlli, svolti grazie alla collaborazione sinergica tra le 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.

Le modalità operative del Protocollo D.O.S. si caratterizzano per una duplice locazione delle strutture adibite agli accertamenti, in funzione del periodo stagionale: su strada durante l'estate, oppure presso una struttura sanitaria attrezzata nel periodo invernale.

I controlli outdoor, letteralmente "all'aria aperta", sono eseguiti in prossimità dei posti di blocco delle Forze dell'Ordine e prevedono l'allestimento di un'area sanitaria attrezzata con tende da campo. I controlli indoor, letteralmente "al chiuso", vengono invece svolti presso strutture pubbliche preposte che per l'occasione dovrebbero rimanere aperte in orario notturno e offrire un ambiente confortevole durante le rigide temperature invernali.

L'attività di controllo svolta dalle Forze dell'Ordine e dall'Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica si svolge su strada, nelle notti tra venerdì e sabato o tra il sabato e la domenica dalle ore 24.00 alle ore 6.00.

Il target destinatario, per la finalità di accertamento clinico-tossicologico, è rappresentato dalla popolazione dei conducenti, fermati con un criterio selettivo nell'ambito dell'attività di controllo stradale. I blocchi stradali vengono posizionati in modo tale che la selezione venga eseguita individuando le aree geografiche più a rischio e le strade che collegano o rappresentano vie di flusso principale da o verso locali di intrattenimento e svago.

I risultati di seguito riportati sono relativi alle attività di controllo condotte dalle Forze dell'Ordine nel periodo Luglio 2012 – Maggio 2013 presso i 21 Comuni aderenti al progetto alla data del 31 Maggio 2013.

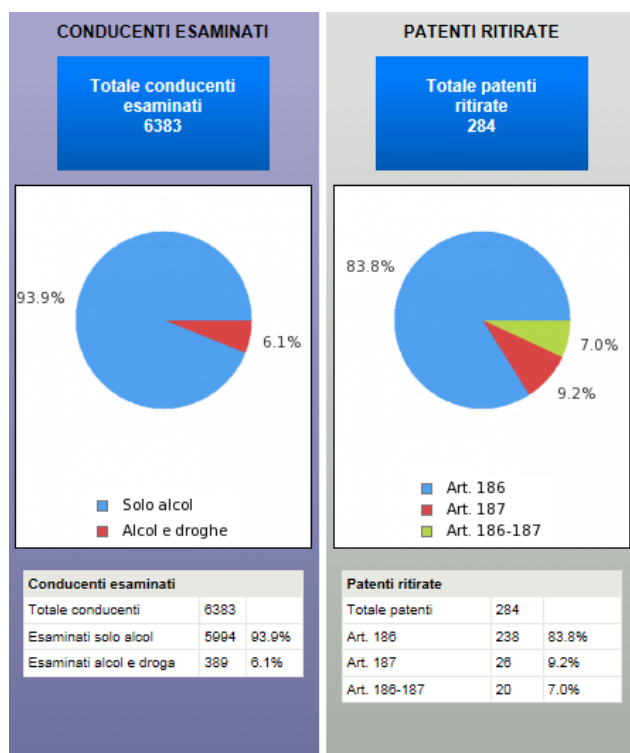
Protocollo operativo
degli accertamenti
clinico-tossicologici

Risultati preliminari
attività 2012/2013

[La scheda statistica riassuntiva](#)

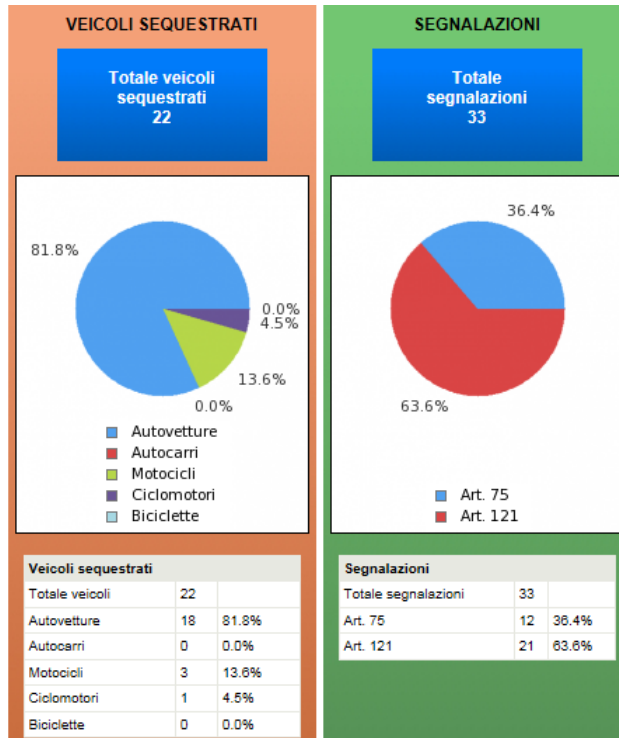
I comuni coinvolti nel progetto, utilizzando le informazioni fornite dalle forze dell'ordine, compilano per ciascuna uscita una scheda statistica riassuntiva, la cui imputazione su un modello web di data entry, consente la pubblicazione sul web dei principali risultati della campagna di controllo su strada dai comuni partecipanti al progetto. Tale strumento permette la predisposizione automatica di report standard di supporto all'organizzazione di conferenze stampa e di predisposizione di comunicati stampa da inviare alle principali testate giornalistiche locali e nazionali. Dopo ciascuna uscita, i dati contenuti nella scheda statistica riassuntiva vengono inseriti in una piattaforma web appositamente predisposta. Analizzando le informazioni registrate nelle schede statistiche riassuntive e caricate nella piattaforma web alla data del 31 Maggio 2013, risultano fermati 8.676 veicoli e sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici 6.383 conducenti. Di seguito vengono riportati i grafici, le tabelle e gli indicatori di sintesi estratti dalla piattaforma NNIDAC in base ai dati inseriti dai comuni partecipanti al progetto (Figure I.4.68-I.4.69).

Figura I.4.68: Tabelle e grafici di sintesi estratti dalla piattaforma web per tutti i comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC – Conducenti esaminati e Patenti ritirate. Anni 2012/2013



Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.4.69: Tabelle e grafici di sintesi estratti dalla piattaforma web per tutti i comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC – Veicoli sequestrati e Segnalazioni. Anni 2012/2013

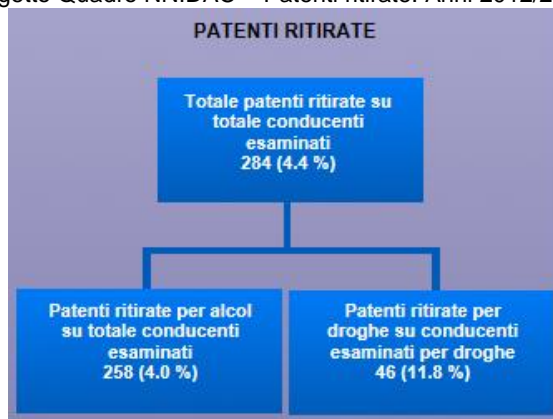


Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Il 93,9% dei conducenti esaminati è stato sottoposto solo ad accertamenti con alcolimetro, e delle 284 patenti ritirate l'83,8% è stata confiscata per violazione dell'Art. 186 del C.d.S., mentre solo il 9,2% per violazione dell'Art. 187 del C.d.S. (Figura I.4.70). Per quanto riguarda la tipologia di veicolo sequestrato, l'81,8% sono autovetture, mentre il 13,6% motocicli. Le segnalazioni più frequentemente registrate dalle FF.OO. sono relative all'Art. 121 del D.P.R. 309/90 (segnalazione per uso di sostanza stupefacente senza sequestro della sostanza), pari al 63,6%, mentre le segnalazioni per Art. 75 del D.P.R. 309/90 (segnalazione per uso di sostanza stupefacente con sequestro di sostanza stupefacente detenuta per uso personale) sono pari al 36,4%.

6.383 conducenti
esaminati nel
periodo di studio

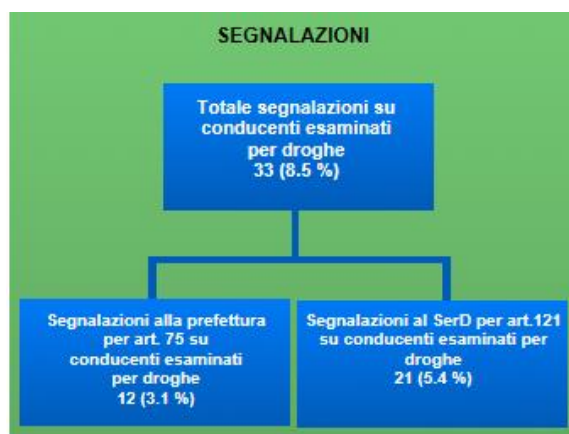
Figura I.4.70: Indicatori di sintesi estratti dalla piattaforma web per tutti i comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC – Patenti ritirate. Anni 2012/2013



Indicatori di sintesi
sulle patenti ritirate

Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.4.71: Indicatori di sintesi estratti dalla piattaforma web per tutti i comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC – Segnalazioni. Anni 2012/2013



Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

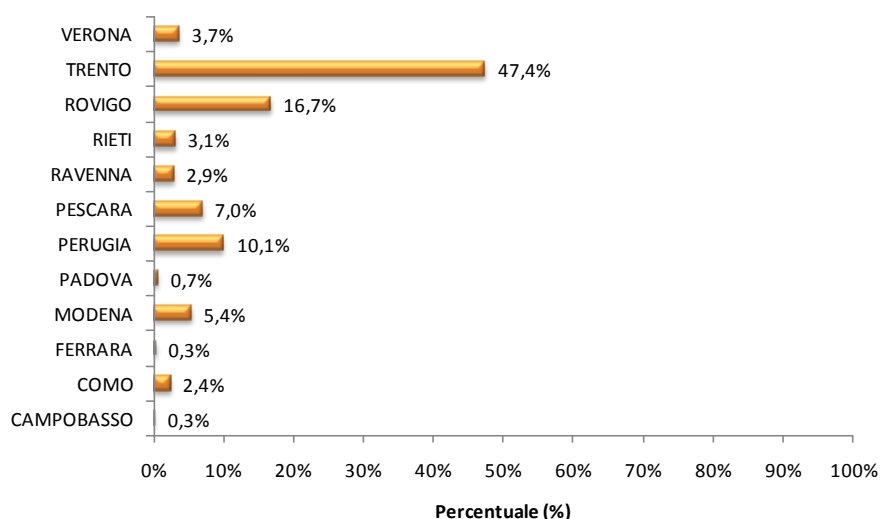
In merito agli indicatori di sintesi riportati in Figura I.4.71, le patenti ritirate sul totale dei conducenti esaminati risultano il 4,4%: il 4,0% ritirate per alcol e l'11,8% ritirate per consumo di sostanze stupefacenti. Le segnalazioni alla prefettura sul totale conducenti esaminati per abuso di droghe sono l'8,5%: il 3,1% per Art. 75 del D.P.R. 309/90 ed il 5,4% per Art. 121 del D.P.R. 309/90.

Come descritto in precedenza, l'attività di controllo viene svolta in collaborazione tra le Forze dell'Ordine ed il personale medico e sanitario dell'Unità di diagnosi clinica e tossicologica che compilano in triplice copia, per ciascun conducente esaminato, una scheda di certificazione contenente informazioni dettagliate in merito agli accertamenti clinici e tossicologici eseguiti.

I risultati presentati di seguito fanno riferimento a 1.161 schede di certificazione pervenute alla data del 31 Maggio 2013.

La scheda di certificazione

Figura I.4.72: Distribuzione percentuale dei conducenti esaminati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC, 2012/2013



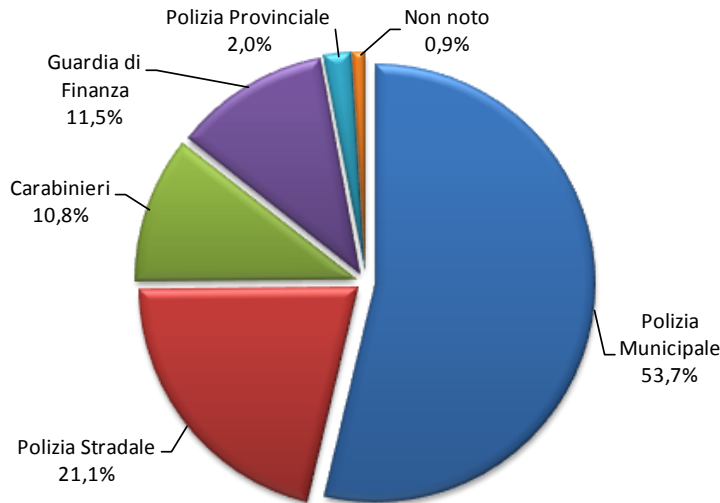
1.161 conducenti esaminati secondo le schede di certificazione pervenute

Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 53,7% dei casi i conducenti sono stati fermati dalla Polizia Municipale ed il 21,1% dalla Polizia Stradale, con il 92,2% delle uscite effettuate in modalità su strada. La tipologia di veicolo controllato più frequente risulta l'autovettura (90,5%),

seguita dall'autocarro (3,9%).

Figura I.4.73: Distribuzione percentuale delle Forze dell'Ordine impiegate per i controlli nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC, 2012/2013



Forza dell'Ordine maggiormente impiegata risulta la Polizia Municipale

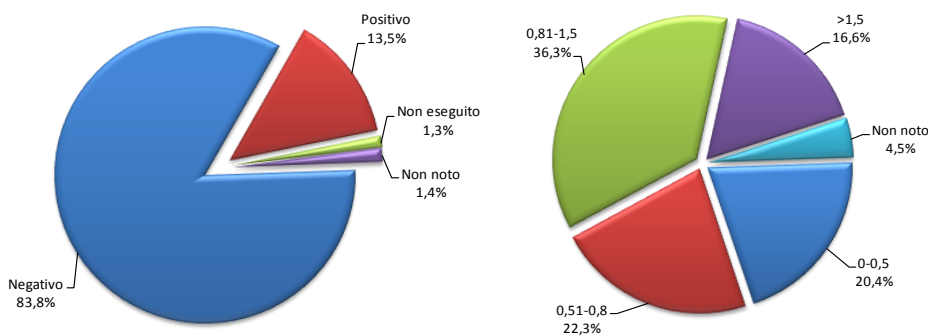
Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Prima di sottoporre il conducente al test con etilometro, viene effettuato un test precursore alcol mediante un etilometro portatile dotato di un sensore elettrochimico che fornisce un responso veloce ed affidabile (margine di errore +/- 5%). Gli etilometri portatili a disposizione delle Forze dell'Ordine hanno 3 luci: VERDE = no alcol; GIALLO = alcol compreso tra 0,01 e 0,50; ROSSO = alcol > 0,50. A seconda dell'esito del test precursore, è discrezione delle Forze dell'Ordine, procedere con l'alcol test probatorio o meno.

Test precursore alcol ed alcolimetro

Rispetto all'intero campione di conducenti sui quali sono stati eseguiti i controlli, è emersa una positività al test precursore alcol pari al 13,5% (Figura I.4.67). Di questi, il 58,6% ha registrato un tasso alcolemico compreso tra 0,51 e 1,5 g/l (fino a tre volte il limite legale consentito, pari a 0,5 g/l), il 16,6% un'alcolemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo, ed il 20,4% un tasso alcolemico compreso tra 0,0 e 0,5 g/l (limite per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o cose).

Figura I.4.74: Distribuzione percentuale del test precursore alcol (sx.) e dell'esito del test con alcolimetro nel caso di positività (dx.). Anni 2012/2013



Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.4.23: Controlli effettuati sui conducenti fermati per accertamenti ai sensi degli artt. 186 e 187 C.d.S., ed esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati. Anni 2012/2013

Nel 13,5% dei conducenti fermati è stata riscontrata positività per alcol e/o droghe

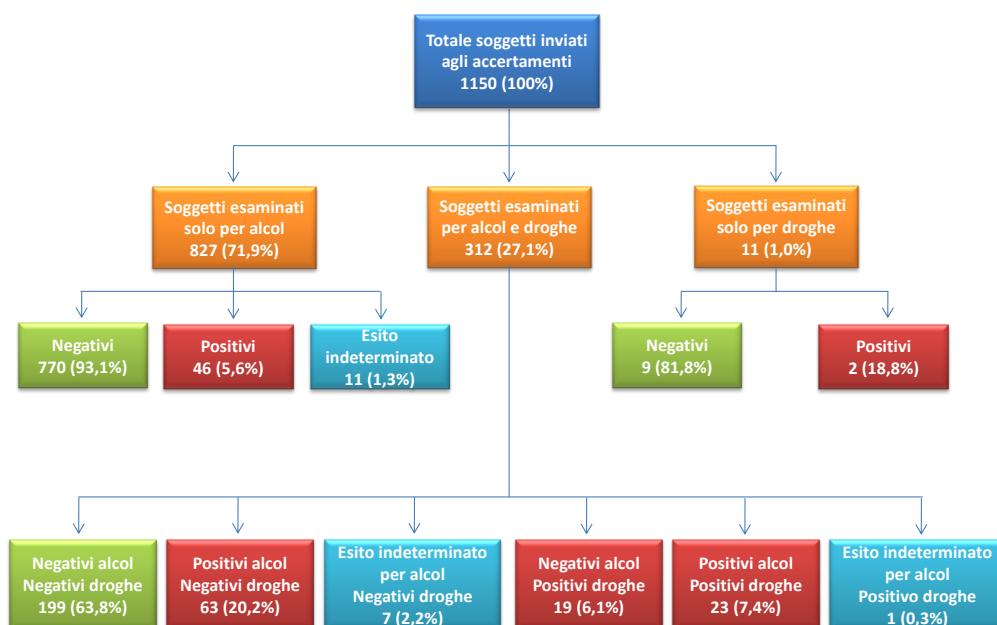
Controlli effettuati	N	%
Esaminati solo per alcol	827	71,9%
Esaminati per alcol e droga	312	27,1%
Esaminati solo droga	11	1,0%
Totale conducenti esaminati	1.150*	100,0%
Esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati	N	%
Negativi	978	86,5%
Positivi solo alcol (artt. 186 e 186bis C.d.S.)	109	9,6%
Positivi solo droghe (art. 187 C.d.S.)	21	1,9%
Positivi alcol e droghe (artt. 186, 186bis, 187 C.d.S.)	23	2,0%
Totale conducenti positivi	153	13,5%

* per undici soggetti l'informazione è mancante

Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

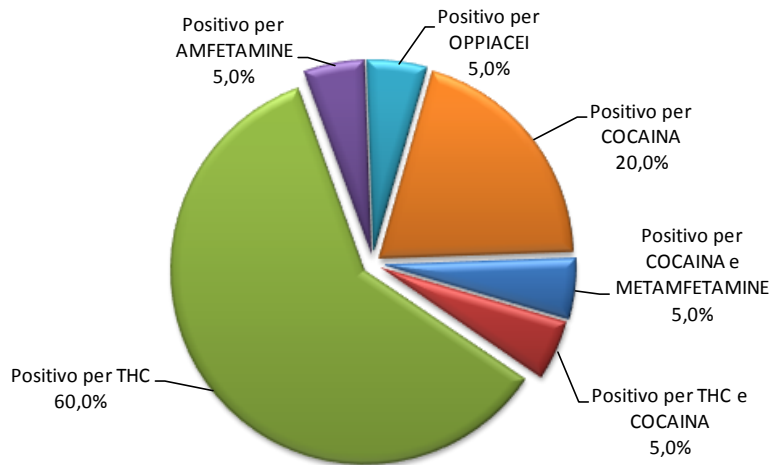
La maggior parte dei conducenti oggetto di studio è stato esaminato per alcol (71,9%), mentre l'1,0% è stato sottoposto solo ad accertamenti sull'uso di sostanze stupefacenti (Tabella I.4.23). Sul totale dei conducenti esaminati per alcol e/o droga, l'86,5% è risultato negativo ad entrambi, il 9,6% positivo ai controlli con alcolimetro e l'1,9% positivo ai test tossicologici sull'uso di sostanze stupefacenti.

Figura I.4.75: Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga. Anni 2012/2013



Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.4.76: Positività alle sostanze stupefacenti riscontrate con il DrugTest su SALIVA tra i conducenti esaminati. Anni 2012/2013



60% positivi al DrugTest su saliva per cannabis, 20% per cocaina

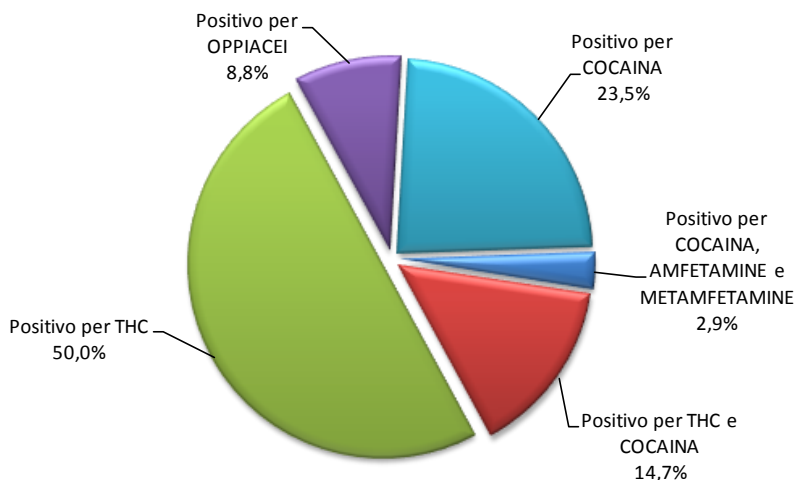
Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

L'esecuzione del test su saliva (precursore) permette di identificare l'eventuale assunzione recente della sostanza, e quindi di appurare se il conducente sia sotto l'effetto della stessa

(Art. 187 C.d.S.). Tra i conducenti risultati positivi al DrugTest su saliva (Figura I.4.69), la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (60,0% 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 (20,0%). In pochi casi è stato riscontrato un uso combinato di più sostanze (policonsumo), in particolare cocaina e metamfetamine, e cannabis e cocaina.

Il DrugTest su urina (Figura I.4.70), effettuato per verificare l'eventuale uso pregresso di sostanze stupefacenti nei giorni precedenti (fino a circa una settimana prima), ha rilevato un uso più frequente di cannabis (50,0% dei casi), seguita dalla cocaina (23,5%) e dagli oppiacei (8,8%). Anche in questo caso sono stati rilevati dei casi di poliassunzione pregressa, in particolare cannabis e cocaina (14,7%), e mix di stimolanti (cocaina, amfetamine e metamfetamine – 2,9%).

Figura I.4.77: Positività alle sostanze stupefacenti riscontrate con il DrugTest su URINA tra i conducenti esaminati. Anni 2012/2013



50% positivi al DrugTest su urina per cannabis, 23,5% per cocaina

Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Il nuovo Codice della Strada

Il nuovo Codice della Strada, 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 neopatentati 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.

Sul totale dei conducenti risultati positivi, sono state analizzate le sanzioni applicate da parte delle Forze dell’Ordine.

Il 71,9% dei conducenti risultati positivi è stato sanzionato con il ritiro della patente, il 5,6% con il ritiro della patente ed il sequestro del veicolo.

Tabella I.4.24: Sanzioni a carico dei conducenti risultati positivi ai controlli. Anni 2012/2013

Tipologia di sanzione	N	%
Solo ritiro della patente	64	71,9%
Solo segnalazione alla prefettura per Art. 75	4	4,5%
Solo segnalazione alla prefettura per Art. 121	1	1,1%
Ritiro della patente e sequestro del veicolo	5	5,6%
Ritiro della patente e segnalazione alla prefettura per Art. 121	2	2,2%
Segnalazione alla prefettura per Art. 75 e segnalazione alla prefettura per Art. 121	1	1,1%
Ritiro della patente e segnalazione alla prefettura per Art. 75	4	4,5%
Ritiro della patente e segnalazione alla prefettura per Artt. 75 e 121	1	1,1%
Ritiro della patente, sequestro del veicolo e segnalazione alla prefettura per Art. 121	1	1,1%
Nessuna sanzione rilevata	6	6,7%
Totale conducenti positivi*	89	100,0%

Sanzioni a carico dei conducenti risultati positivi agli accertamenti clinico-tossicologici

* 64 schede con informazione mancante

Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

I.4.5. 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. Negli anni successivi si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2011, mentre nell’anno 2012 si registra un incremento del 7,7% con un numero di decessi pari a 390 (Figura I.4.78). Gli andamenti per genere non evidenziano particolari differenze ed il rapporto dei decessi tra maschi e femmine si attesta all’incirca a 9 maschi ogni

Trend pluriennale in diminuzione con lieve aumento del numero di decessi droga correlati nel 2012 rispetto al 2011

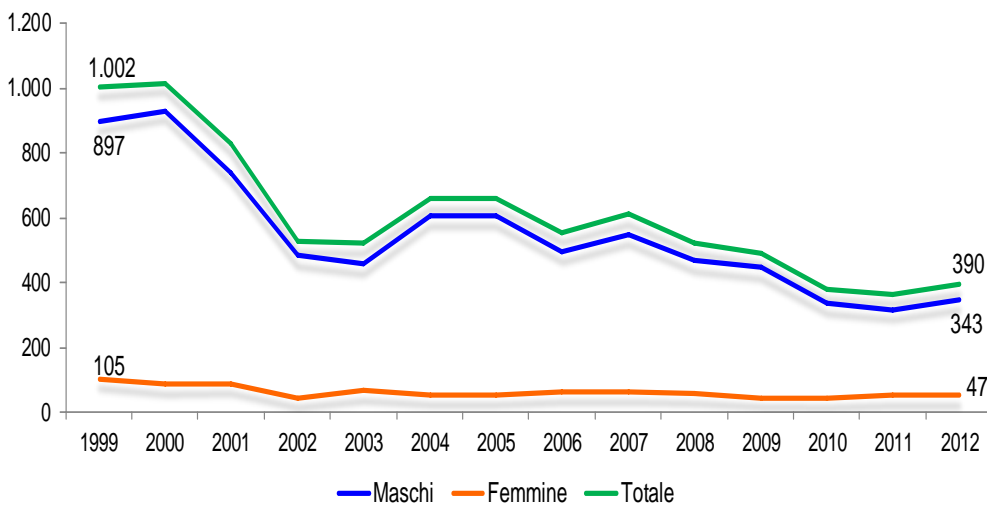
donna (9,1); tale quoziente varia da un minimo di 6,6 nel 2011 (in cui il 13,3% dei deceduti era costituito da donne) ed un massimo di 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi) (Tabella I.4.20).

Tabella I.4.25: Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2012

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440	332	314	343
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44	42	48	47
Tot.	1002	1016	825	520	517	653	653	551	606	517	484	374	362	390
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	6,5	7,3

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

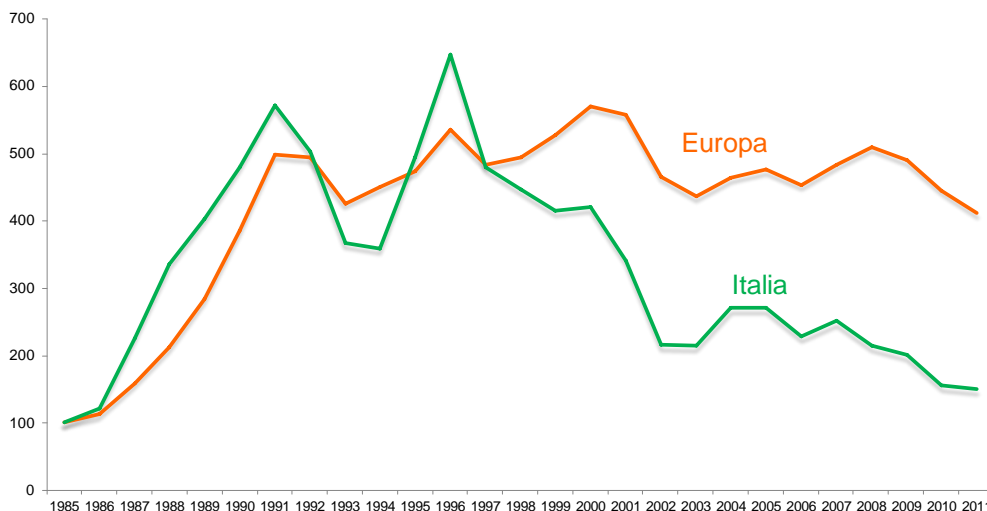
Figura I.4.78: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2012



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 endovenosa. Dal 1997, in Italia, il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente fino al 2002, con molta probabilità dovuto all'aumento in quegli anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori. Nel periodo successivo, dal 2003 al 2009, il trend si stabilizza a valori lievemente superiori, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati. Negli ultimi due anni del periodo oggetto di studio il trend indicizzato presenta un lieve decremento (Figura I.4.78).

Figura I.4.79: Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2011 (Anno base 1985=100)



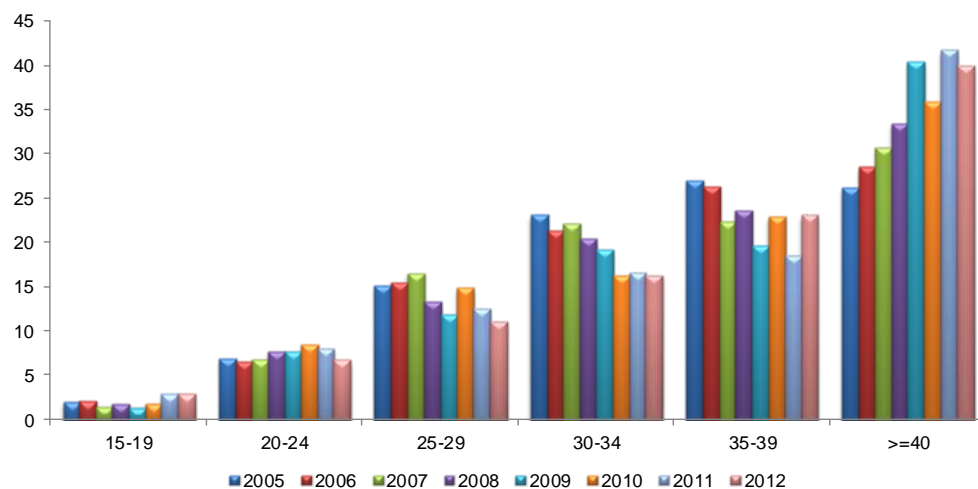
Maggior decremento dei decessi in Italia rispetto al trend europeo

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSPA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2013

Nell'ultimo decennio l'età del decesso è progressivamente aumentata, passando in media dai 32 anni circa del 1999 ai 37 anni del 2012; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2012 tale quota raggiunge il 62% circa, che risulta il valore più alto insieme a quello registrato nel 2009. Dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere, si evince che in quello femminile vi è una maggiore variabilità nel periodo temporale oggetto di analisi rispetto a quello maschile. Per entrambi la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40. Prendendo in analisi l'anno 2012, rispetto al 2011, si osserva per le femmine un aumento dei decessi nelle classi tra i 20 ed i 29 anni ed un forte decremento nella classe 30-34 anni. Per quanto riguarda i maschi, un sostanziale aumento si riscontra solo nella fascia d'età 35-39 anni.

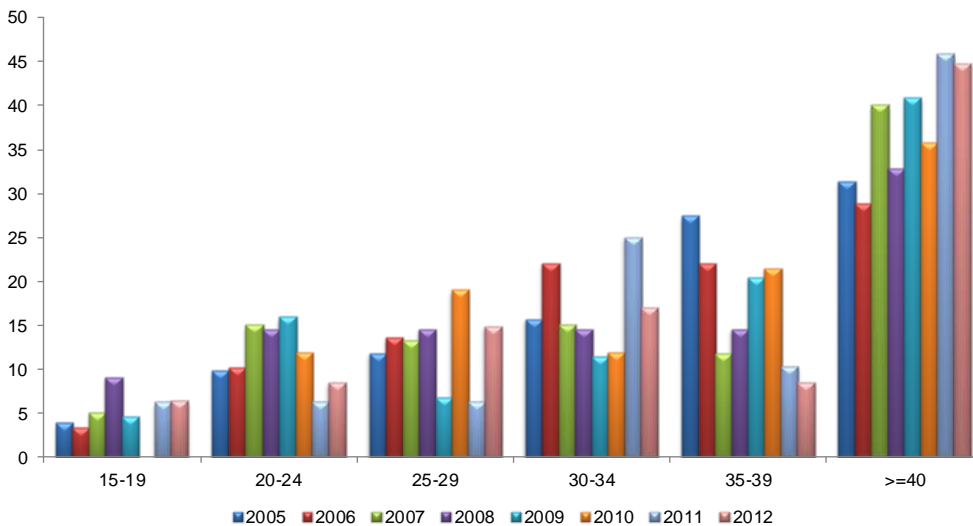
Aumento dell'età media del decesso: da 32 anni nel 1999 a 37 anni nel 2012

Figura I.4.80: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2005 – 2012



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

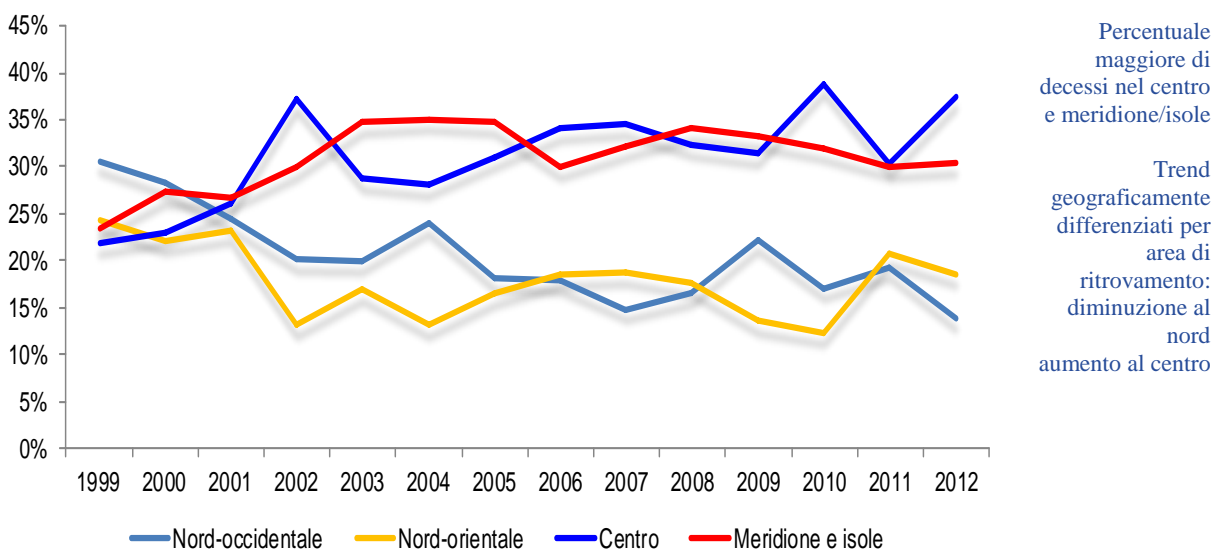
Figura I.4.81: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2005 – 2012



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

Grandi 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 negli ultimi tre anni. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi è costantemente superiore ai maschi di giovane età, con valori massimi nel 2008 (9,1%); nel 2010 si annulla in relazione all'assenza di decessi, mentre nel 2012 si registra una percentuale pari al 6,4% (Figura I.4.81).

Figura I.4.82: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 – 2012



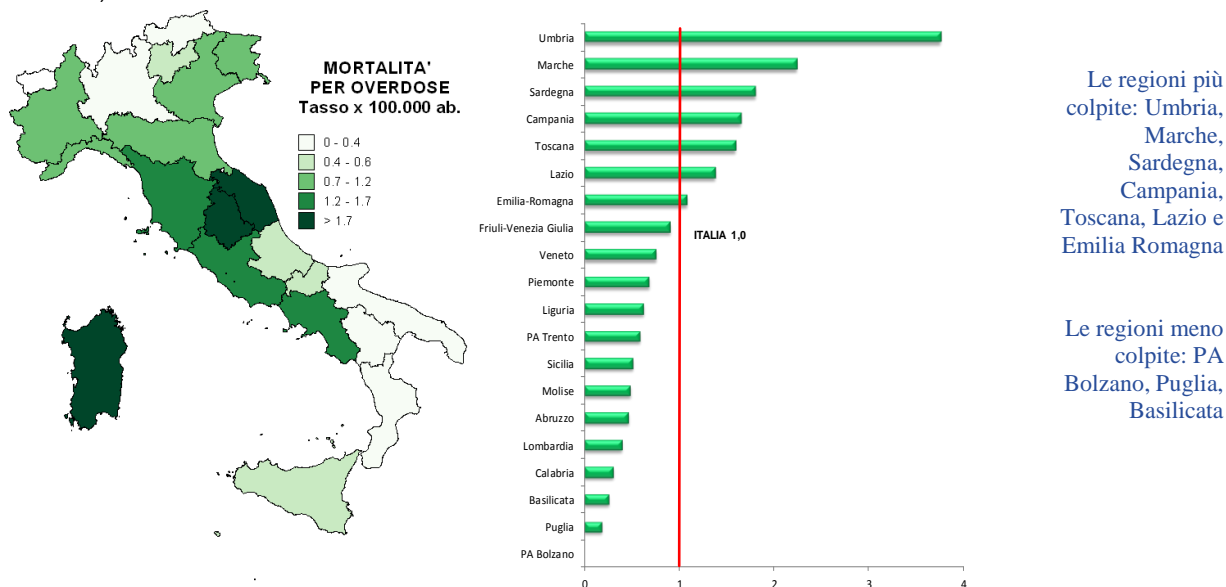
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta a livello territoriale (per area di ritrovamento) 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 2012, si osserva una diminuzione dei decessi nel Nord Italia ed un aumento nelle zone del centro del Paese, mentre è sostanzialmente stabile il fenomeno nell'Italia meridionale e insulare (Figura I.4.82).

Anche nel 2012, l'Umbria risulta essere la Regione maggiormente colpita dai decessi per overdose facendo registrare un tasso di mortalità² pari a quasi 4 decessi ogni 100.000 residenti, seguita dalle Marche e dalla Sardegna. I due casi registrati nel Trentino Alto Adige sono localizzati all'interno della Provincia Autonoma di Trento (Figura I.4.83).

Figura I.4.83: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2012



Le regioni più colpite: Umbria, Marche, Sardegna, Campania, Toscana, Lazio e Emilia Romagna

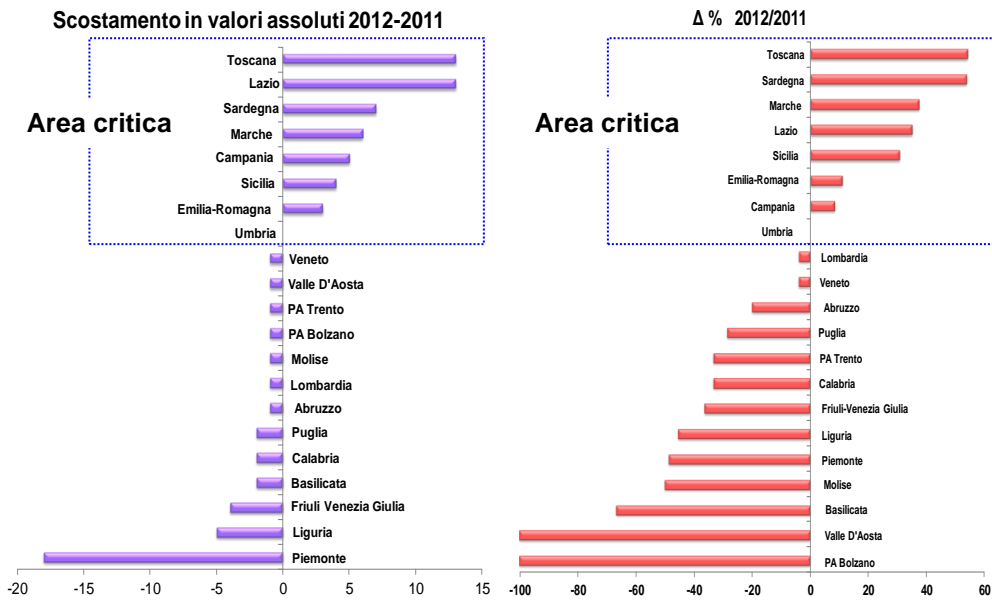
Le regioni meno colpite: PA Bolzano, Puglia, Basilicata

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

Analizzando le differenze in valore assoluto ed i valori dello scostamento percentuale rispetto all'anno precedente per regione, si evince che le regioni più "critiche" sono la Toscana, la Sardegna e il Lazio. Le regioni che invece hanno presentato una situazione migliorativa circa i decessi droga-correlati sono il Piemonte e la Liguria (Figura I.4.84).

² Il tasso di mortalità per intossicazione acuta viene calcolato dividendo il numero dei deceduti per i residenti in una determinata regione sulla popolazione (15-64 anni - a rischio) residente nella regione alla data del 1 gennaio 2012.

Figura I.4.84: Confronto dei decessi droga-correlati. Anni 2011-2012.



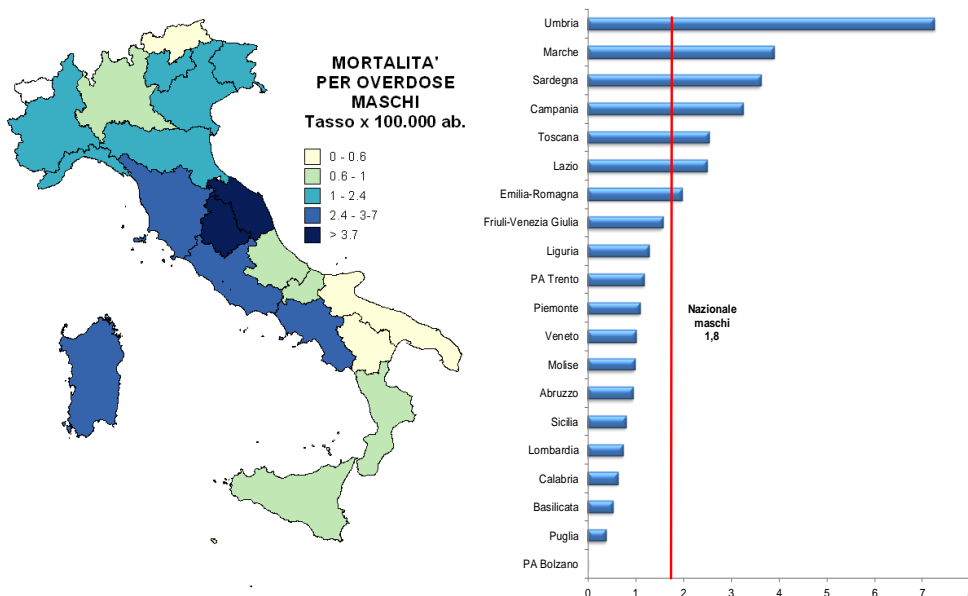
L'incremento del numero dei decessi nel 2012 è sostenuto da: Toscana, Lazio, Sardegna, Marche, Campania, Sicilia e Emilia Romagna

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

Anche la distribuzione del tasso di mortalità per intossicazione acuta nei maschi per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Regione Umbria (7 decessi per 100.000 residenti), seguita dalle Marche e dalla Sardegna con 4 decessi per 100.000 residenti (Figura I.4.85).

Il tasso di mortalità nei maschi in Umbria è 4 volte la media nazionale

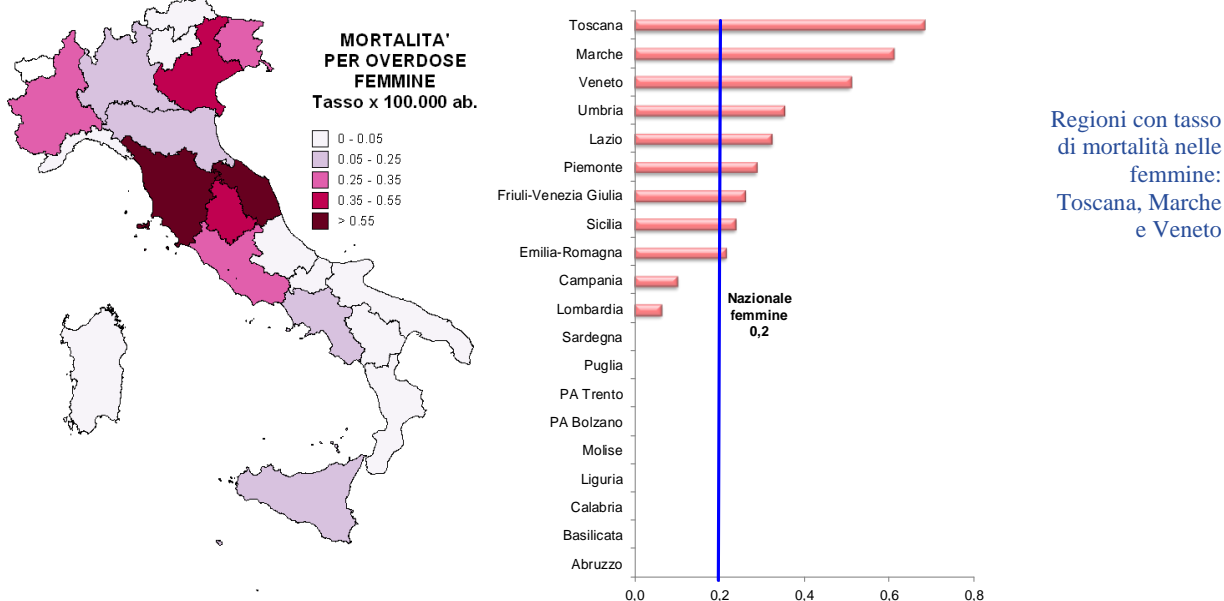
Figura I.4.85: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nei maschi (decessi x 100.000 residenti). Anno 2012



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

Per le femmine il tasso di mortalità risulta essere sensibilmente inferiore rispetto a quello dei maschi in quasi tutte le regioni, il valore medio nazionale è pari a 0,2 decessi per 100.000 residenti a fronte di 1,8 decessi per 100.000 residenti osservato nei maschi. In questo caso la regione più colpita è la Toscana con un 1 decesso per 100.000 residenti (Figura I.4.86).

Figura I.4.86: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nelle femmine (decessi x 100.000 residenti). Anno 2012



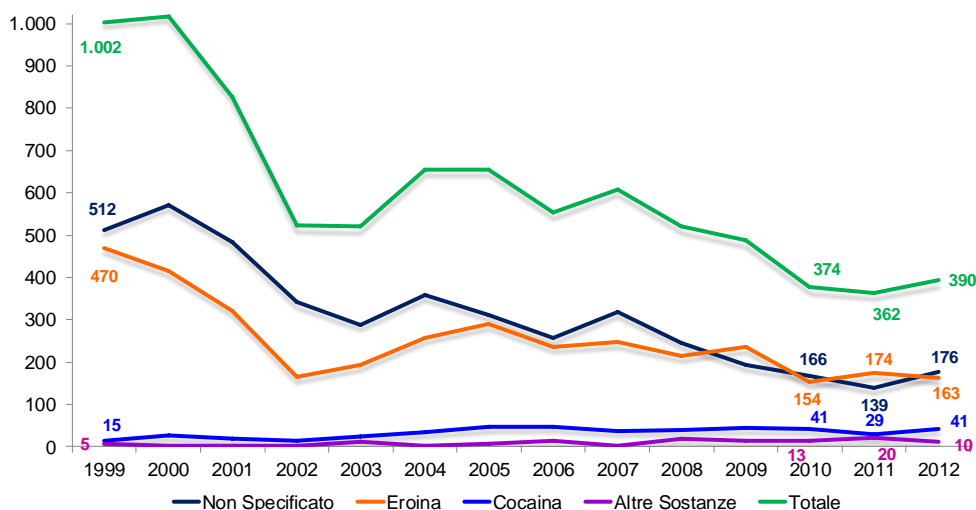
Regioni con tasso di mortalità nelle femmine: Toscana, Marche e Veneto

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

Per circa il 45% dei decessi registrati nel 2012 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso; nel 42% circa dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nell'11% circa alla cocaina, nel 2% al metadone e nel restante 1% ad altre sostanze (due decessi per M.D.M.A amfetamina uno per barbiturici). L'eroina si conferma, quindi, lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi e di tossicodipendenze. Nel 2010 l'età media dei decessi per l'eroina è di 38 anni circa, mentre per la cocaina risulta pari a 35 anni.

Eroina prima sostanza responsabile dei decessi

Figura I.4.87: Percentuale dei decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza. Anni 1999 – 2012



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

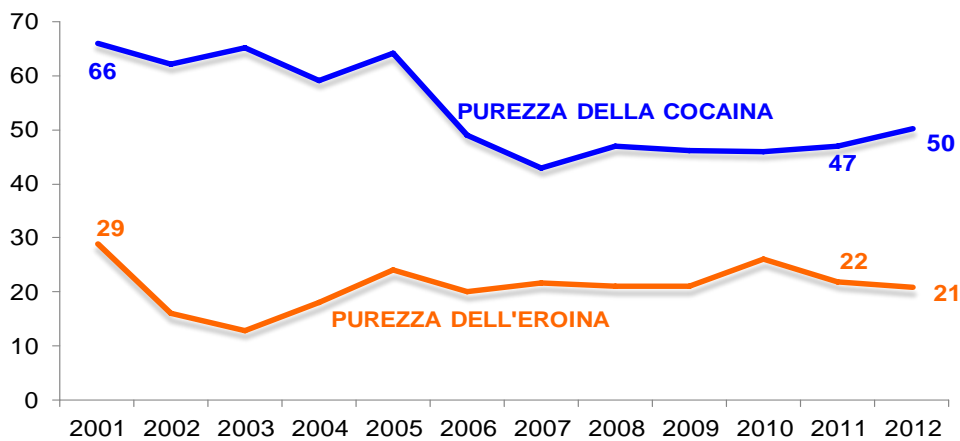
Dal 1999, anno in cui si sono registrati 470 decessi attribuiti ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002 raggiungendo 165 decessi; dal 2004 al 2009 (ad eccezione di un picco nel 2005) si osserva una

tendenziale stabilità del fenomeno, tra i 200 e i 250 casi l'anno. Negli ultimi tre anni del periodo in studio i valori risultano più bassi (154 nel 2010 e 174 nel 2011) e nel 2012, rispetto all'anno precedente, vi è un decremento del 6,3%. Per quanto riguarda la quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, questa risulta in lento ma graduale aumento fino al 2010, nel 2011 si registra una forte diminuzione, mentre nell'anno 2012 al contrario vi è un forte aumento pari al 41,4% passando da 29 a 41 decessi (Figura I.4.81).

Trend in diminuzione per l'eroina, in aumento per la cocaina

Considerando i decessi per sostanza, si prende in analisi il trend della percentuale di principio attivo delle principali droghe risultanti. In particolare per la cocaina i valori della purezza hanno subito un forte calo a partire dal 2006 e si mantengono stabili fino al 2011. Nel 2012 viene rilevato un lieve aumento della percentuale media di sostanza pura, passando dal 47% al 50% (Figura I.4.88).

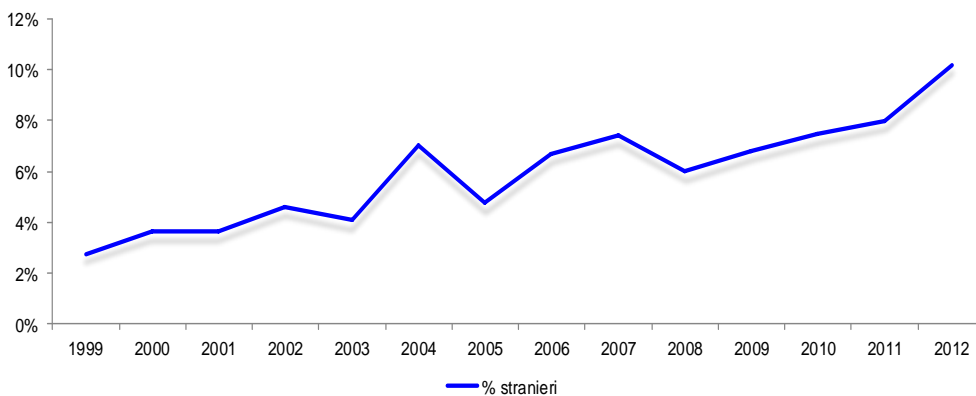
Figura I.4.88: Percentuale media di principio attivo di cocaina ed eroina. Anni 2001-2012.



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.4.89) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente, al di sotto del 3% ad inizio periodo, arrivando al 10,3% nel 2012.

Figura I.4.89: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 – 2012



Aumento della percentuale di stranieri tra i casi di overdose

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

I.4.6. Mortalità tra i consumatori di droga

L'intossicazione acuta da una o più sostanze psicoattive rappresenta la causa più

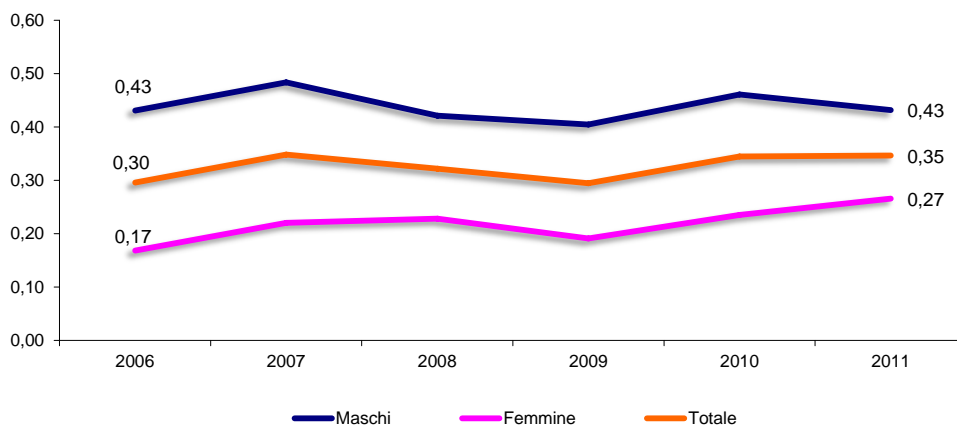
Ancora
difficoltosa la
ricostruzione delle
varie cause di
morte droga
correlate

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 patologie) o di decessi indirettamente correlati all’uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall’intossicazione acuta).

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.

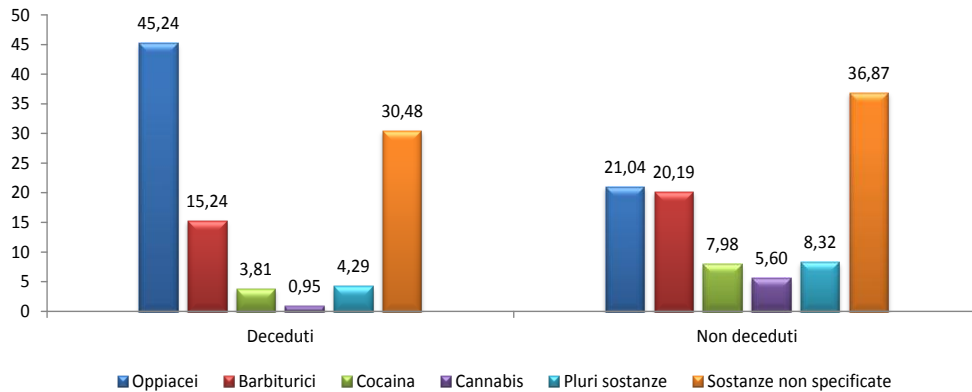
Figura I.4.90: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati con esito di decesso per genere. Anni 2006 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Anche nel 2011, i ricoveri con esito infausto si attestano a valori inferiori all’1% del totale dei ricoveri droga correlati (210). Il confronto del tasso di ospedalizzazione dei decessi negli ultimi cinque anni evidenzia una contrazione dal 2007 al 2009 (206 nel 2007, 192 nel 2008 e 177 nel 2009) a fronte di un aumento dei decessi negli ultimi due anni (208 nel 2010 e 210 nel 2011). Considerando la differenza per genere, rispetto al 2010 nel 2011 si osserva un aumento dei decessi per il genere femminile pari allo 0,84% sul totale femmine ricoverate (0,64 % nel 2009 e 0,7% nel 2010), per contro per il genere maschile si evidenzia un decremento dello 0,96 % sul totale delle ricoverate (0,86% nel 2009 e 1,0% nel 2010).

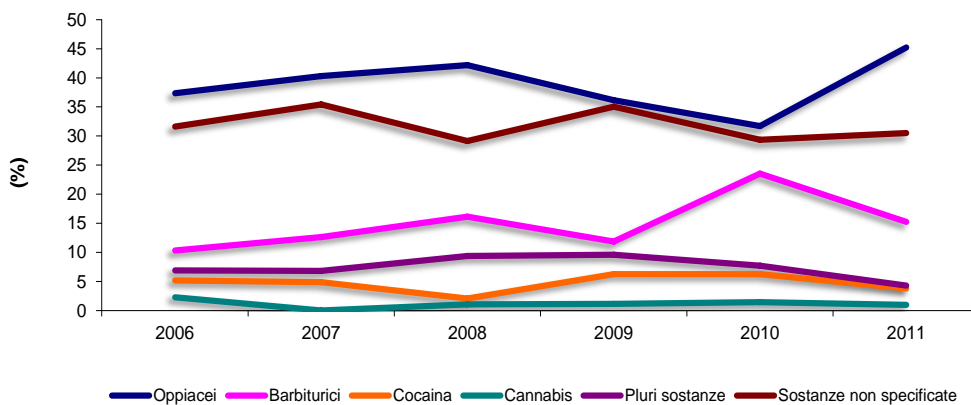
Figura I.4.91: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Dal 2006 al 2011 le sostanze di abuso che hanno provocato più decessi sono risultate essere gli oppiacei con un aumento fino al 2008 (37,4% nel 2006, 40,3 % nel 2007 e 42,2% nel 2008) per diminuire nel 2009 e 2010 (36,2% nel 2009 e 32,7% nel 2010) e cambiare tendenza null'ultimo biennio. Aumentano, di 13,5 punti percentuali, i decessi per uso di oppiacei (45,2% nel 2011); anche per le sostanze non specificate risultano essere in aumento nell'ultimo biennio (29,3% nel 2010e 30,5% nel 2011). Tra le sostanze con minore percentuale di decessi, si osservano i barbiturici, che, peraltro, nell'ultimo biennio hanno fatto registrare un calo di 8,3 punti percentuali con 49 decessi nel 2010 vs, i 32 nel 2011; in particolar modo i più colpiti risultano essere i soggetti con età maggiore di 65 anni (22 decessi).

Figura I.4.92: Percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso, secondo la sostanza d'abuso. Anni 2006 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

