

PARTE 6

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga

- 6.1.1 Decessi per overdose
- 6.1.2 Decessi droga correlati

6.2 Malattie infettive droga correlate

- 6.2.1 Diffusione di HIV-AIDS
- 6.2.2 Diffusione di Epatiti virali
- 6.2.3 Diffusione di tubercolosi
- 6.2.4 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili
- 6.2.5 Comportamenti a rischio di infezione
- 6.2.6 Prevalenza delle malattie infettive e loro trasmissione tramite la via iniettiva

6.3 Comorbidità psichiatrica: disturbi di personalità, depressione, stati d'ansia, disturbi dell'affettività

6.4 Altre implicazioni e conseguenze per la salute

- 6.4.1 Comorbidità somatica
- 6.4.2 Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe
- 6.4.3 Incidenti stradali

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

Nel 2007, con 589 decessi, si registra un incremento dell'indicatore del 6% rispetto all'anno precedente. L'età media al decesso è progressivamente aumentata (dai 33 anni del 2001 ai 35 del 2007). La quota di morti attribuibili ad intossicazione da sostanze vede l'eroina stabile al 40%, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata dal 2,3% del 2001 al 6,1% del 2007 (si precisa tuttavia che i dati relativi ai decessi per cocaina risultano sottostimati dalle fonti ufficiali).

Per quanto attiene alla diffusione di patologie infettive droga correlate si rileva che, nel 2007, tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze sottoposti ai test sierologici e virali, il 12% è risultato positivo al test per l'HIV, il 37% è la quota dei positivi tra i testati per HBV e il 60% è la percentuale dei positivi al test HCV. Le schede di dimissione ospedaliera (SDO) relative a pazienti che riportano diagnosi (codificata in base all'ICD9-CM) droga correlate in comorbidità somatica con malattie attribuibili al sistema "circolatorio" e "respiratorio" nel 2005 (dato più recente disponibile), rappresentano rispettivamente circa il 9% e 6% del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe. Per quanto attiene invece alle gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe, queste costituiscono poco più del 2% dei ricoveri correlati all'uso di droghe.

Il monitoraggio dell'utenza in comorbidità psichiatrica tra i maggiorenni in carico ai DSM mostra valori di poco inferiori al 4%, nei servizi per le tossicodipendenze tale quota sale al 22%.

Dall'analisi della relazione tra le caratteristiche dell'utenza trattata e la presenza di comorbidità psichiatrica emerge una associazione "positiva" riscontrata tra i soggetti poliassuntori.

In Italia gli incidenti stradali determinano ogni anno circa 6.000 morti, 15.000 invalidi gravi, 120.000 ricoverati e più di 1 milione di accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero.

Dall'analisi dei dati si evidenzia che il rapporto maschi/femmine è circa 3 a 1 nei deceduti e circa 2 a 1 nei ricoverati; circa un decesso su tre riguarda soggetti di età inferiore ai trenta anni. Si rileva inoltre che l'incidente stradale è la prima causa di morte per i maschi che hanno meno di 40 anni e la causa primaria della disabilità traumatica grave (derivata in gran parte da trauma cranico) dei giovani. Le stime dell'ISTAT e dell'ACI evidenziano costi sociosanitari elevatissimi: circa 34 miliardi di euro/anno, ovvero intorno al 2,7% del PIL.

Tra i fattori di rischio che favoriscono l'accadimento di incidenti stradali la guida sotto l'influenza di alcol e/o altre sostanze psicoattive riveste un ruolo di particolare importanza, sia nella genesi che nelle conseguenze di questi eventi.

6.1 DECESSI DRUGA CORRELATI E MORTALITÀ NEI CONSUMATORI DI DRUGA¹

6.1.1 Decessi per overdose

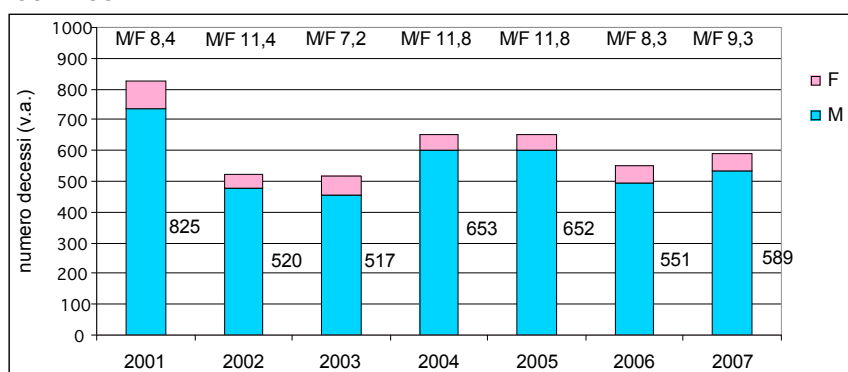
Così come richiesto dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, a proposito della mortalità nei consumatori di droga, nel presente paragrafo si analizzeranno esclusivamente i decessi per overdose, mentre nel successivo i complessivi decessi droga correlati.

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 Polizia².

In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 2001, in cui si sono registrati 825 casi, si è assistito ad un decremento del fenomeno nel primo biennio (su quote prossime ai 520 decessi nel 2002-2003) e un inversione di tendenza in quello successivo (intorno ai 600 casi nel 2004-2005); ad un ulteriore decremento nel 2006, anno in cui sono stati rilevati 551 decessi, succede un nuovo aumento, pari al 6% nel 2007 (Grafico 6.1).

Il rapporto maschi/femmine deceduti è mediamente pari all'incirca a 9 maschi ogni donna (9,5); tale quoziente varia tra 7,2 nel 2003 (in cui il 12,2% dei deceduti era costituito da donne) e 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi).

Grafico 6.1: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 2001-2007.



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno - DCSA

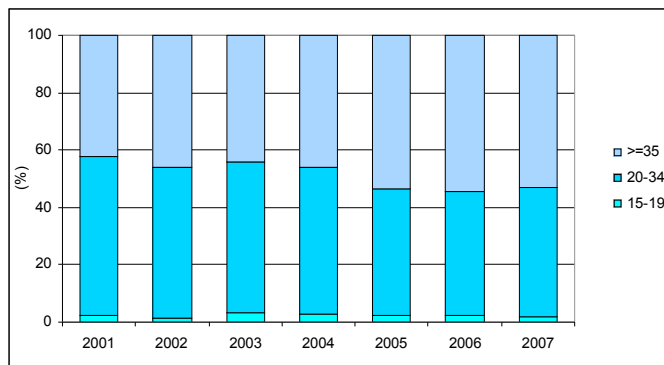
Dal 2001 l'età al decesso è progressivamente aumentata: l'età media passa dai 33 anni circa del 2001 ai 35 del 2007; se all'inizio del periodo considerato circa il 42% dei decessi era costituito da over 35enni, dal 2005 tale quota supera il 53%.

Relativamente costante, invece, rimane la proporzione delle morti per intossicazione acuta tra gli under 19enni che costituiscono l'1-2% del totale (solo nel 2003 si è arrivati al 3%).

¹ La presente relazione è stata curata da Teodora Macchia (Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità). Hanno collaborato Franco Taggi (Dipartimento "Ambiente e connessa Prevenzione Primaria", Istituto Superiore di Sanità), Silvia Bruzzone (Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali, Servizio sanità e Assistenza, Istat), Renata Borriello, Amalia Scotto di Tella, Paola Cassandro, A. Fusco, G. Paggio (Istituto di Medicina Legale dell'Università Federico II, Napoli), Elia del Borrello (Istituto di Medicina Legale dell'Università di Bologna), Direzione Centrale Servizi Antidroga (Ministero dell'Interno, Roma).

² Sulle comparazioni con altri sistemi di rilevazione nazionale dei decessi droga correlati si vedrà più in seguito nel paragrafo 6.1.2.

Grafico 6.2: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose, secondo la classe d'età. Anni 2001-2007.



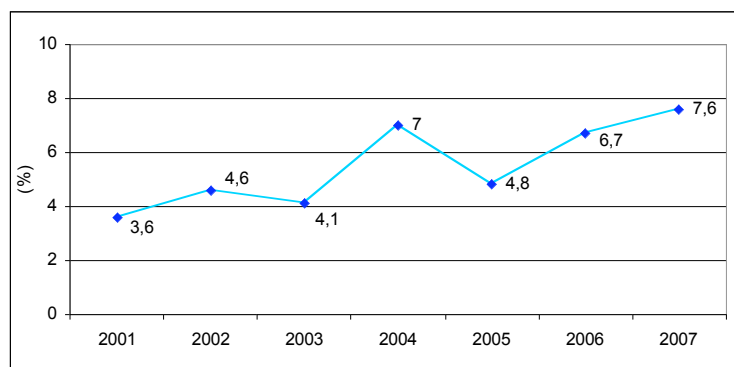
Elaborazione su dati del Ministero dell'interno - DCSA

In più della metà dei casi rilevati nel 2007 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso (si ricorda che non ci si basa su indagini tossicologiche ma su meri elementi circostanziali); nel 40% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina e nel 6% alla cocaina. L'età media al decesso, mediamente pari a 35 anni, tra i soggetti deceduti per cocaina è leggermente inferiore (34 anni).

Dal 2001 la quota di morti attribuite ad intossicazione da eroina rimane sostanzialmente stabile, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata, dal 2,3% del 2001 all'8,3% del 2006, per attestarsi al 6,1% del 2007.

La quota di stranieri deceduti nel nostro paese (Grafico 6.3) è stata al di sotto del 5% nei primi anni del decennio, per toccare quota 7% nel 2004 e registrare nel 2007 una quota pari al 7,6%, una proporzione analoga a quella dei soggetti di nazionalità non italiana in carico ai SerT.

Grafico 6.3: Distribuzione percentuale degli stranieri tra i decessi per overdose. Anni 2001-2007.



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno - DCSA

6.1.2 Decessi droga correlati

L'espressione "Decessi Droga-Correlati" ha un significato complesso sia in ragione della sua definizione che del suo contenuto informativo.

La definizione è essenziale in quanto influisce sul numero dei casi che vengono registrati come tali ed il contenuto informativo consente di utilizzare questi dati come indicatore, se pur indiretto, di uso problematico di droga.

La corretta lettura degli indicatori richiede però una conoscenza sui meccanismi che sono alla base della loro costruzione. Tra i Decessi Droga Correlati (nel seguito DDC), si registra negli ultimi anni una certa contrazione degli eventi, ma più che da una reale riduzione del fenomeno, questa ha una concreta probabilità di derivare dalla definizione della causa e dalla modalità di registrazione della stessa che nella pratica non consente, ad oggi, di inserire nelle statistiche i decessi da sostanze psicoattive come ad es. la cocaina, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari) o i 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. Eccezione fatta, entro certi termini, per le "overdose" strettamente definite, con tutte le caratteristiche di seguito considerate in relazione alle diverse fonti.

L'intossicazione acuta da una e più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe.

Tra i fattori che possono influire, anche in maniera determinante, sull'evenienza di decesso per overdose:

1. La **tolleranza** nei confronti della sostanza: elevato rischio di overdose a seguito di assunzione dopo un periodo di astensione dall'uso. Ciò si può verificare, ad esempio, all'uscita dal carcere, alla dimissione dopo lungo ricovero, dopo una disassuefazione, all'uscita da una Comunità terapeutica interrotta o conclusa.
2. La **purezza** della sostanza nella miscela di strada: un più elevato contenuto di principio attivo può superare la soglia di tolleranza sviluppata dal consumatore per quella sostanza (fenomeno più frequente nei periodi nei quali muti repentinamente il mercato).
3. **Contaminanti tossici** nella miscela di strada che esprimono di per sé, o in sinergia con la sostanza psicoattiva, una propria tossicità.
4. **Associazioni di sostanze** che possono indurre condizioni che rallentano o ostacolano il metabolismo di una di esse con l'effetto di aumentarne la concentrazione (sopra-soglia) per via della maggiore disponibilità e più lunga permanenza. A livello esemplificativo si consideri l'associazione metadone e alcol.

strettone fatti viene considerata overdose una intossicazione acuta, involontaria, che si manifesta in un breve arco di tempo dopo l'assunzione di una o più sostanze.

Ma l'overdose non è la sola causa di un decesso acuto per droga (nell'immediatezza del consumo). Si pensi ad un incidente nella pratica iniettiva (ad es. un embolo) o a situazioni in cui la droga è causa del decesso (es. incidente stradale, ictus, infarto).

I DDC sono considerati a livello europeo un indicatore indiretto di prevalenza di uso problematico di droga. Variazioni di questo indicatore riflettono però mutamenti anche piccoli nella definizione di DDC, nei sistemi di rilevamento, codifica e registrazione, nel contenuto di principio attivo delle sostanze utilizzate, nelle modalità di assunzione, nelle associazioni di sostanze assunte, nello stato fisico del soggetto al momento del consumo. L'importanza pratica di questo indicatore è alla base dello sforzo costante dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) in collaborazione con i Punti Focali Nazionali (PFN) dei paesi dell'U.E., per migliorarne e standardizzarne la qualità, specificità e comparabilità.

Fonti istituzionali e modalità di rilevazione

Nel nostro Paese i DDC vengono rilevati attraverso due sistemi distinti, il Registro Generale di Mortalità ed il Registro Speciale (RS) relativo ai decessi droga correlati, entrambi caratterizzati da una copertura nazionale del territorio, ma distinti per definizione di caso, specificità, articolazione della procedura di rilevamento, tempi e modi di produzione dei dati e loro verifica.

Il **Registro Generale di Mortalità (RGM)**, curato dall'ISTAT, riguarda la totalità dei decessi avvenuti nella popolazione generale e le cui cause sono state codificate sino al 2002 secondo il sistema di classificazione internazionale ICD 9. I casi sono "estratti" dai record della mortalità generale attraverso gruppi di cause secondo la procedura concordata valutata nell'ambito del gruppo di lavoro REITOX europeo sull'indicatore chiave "Decessi droga correlati e mortalità tra i consumatori di droga" coordinato dall'OEDT di Lisbona.

Precedentemente i dati relativi ai decessi per overdose erano prodotti dall'insieme dei decessi attribuiti (lì dove c'era la specifica) a dipendenza ed abuso di sostanze illegali secondo il Sistema di codifica ICD 9.

Recentemente è stato realizzato il passaggio al sistema di classificazione ICD10, evoluzione del precedente. L'ICD10 è stato definitivamente applicato alla mortalità generale relativa all'anno 2003 (ultimo anno ad oggi disponibile) ed i DDC sono stati conteggiati operando l'estrazione di un gruppo di codici che identificano specifiche cause secondo criteri fissati nel protocollo standard europeo sopra citato. Il nuovo sistema è in grado di mettere in evidenza anche i decessi correlati in modo meno diretto alla droga consentendo la definizione di un quadro più completo ed aderente alla realtà.

Si riportano gli elementi salienti di questo sistema predisposti appositamente per questa relazione dalla Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali Servizio Sanità e Assistenza dell'ISTAT (Tabella 6.1).

Per comprendere gli andamenti temporali della mortalità per causa e per controllare l'impatto che ha avuto sui dati l'introduzione della nuova revisione della classificazione (ICD10), l'ISTAT ha costruito un campione costituito complessivamente da 454.897 decessi su un totale di 580.200 eventi avvenuti in Italia nel 2003 con doppia codifica delle cause di morte.

L'analisi dei dati è stata effettuata calcolando i coefficienti di raccordo per i 65 gruppi di cause previsti dalla classificazione abbreviata - "Short-List a 65 gruppi di cause" - proposta da Eurostat nel 1998 e utilizzata anche da tutti i Paesi Europei per consentire la comparabilità e l'armonizzazione, a livello internazionale, del dato di mortalità per causa.

Tabella 6.1: Coefficienti di raccordo ICD 9 e ICD 10 per alcuni dei 65 gruppi di cause previsti dalla classificazione abbreviata - "Short-List a 65 gruppi di cause". Anno 2003.

Focus su Disturbi psichici e comportamentali, Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi e Malattie del sistema circolatorio						
Codice SL65 Eurostat	Descrizione cause	Codici cause	Codici cause ICD 10	Casi attribuiti in ICD 9 nel campione	Casi attribuiti in ICD 10 nel campione	Coeff. di Raccordo CR
28	Disturbi psichici comportamentali	290-319	F00-F99	9.036	6.906	0,7763
29	Abuso di alcool (compresa psicosi alcolica)	291,303	F10	142	166	0,956
30	Dipendenza da droghe, tossicomania	304-305	F11-F16, F18-F19	167	167	1,0407
31	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	320-389	G00-H95	13.296	15.089	1,1522
32	Meningite (diverso da 03)	320-322	G00-G03	102	97	1,1484
33	Malattie del sistema circolatorio	390-459	I00-I99	203.134	197.143	0,969
34	Malattie ischemiche del cuore	410-414	I20-I25	65.511	67.647	1,0265
35	Altre malattie del cuore	420-423, 425-429	I30-I33, I39-I52	46.443	39.894	0,8857
36	Malattie cerebrovascolari	430-438	I60-I69	55.195	55.712	0,9886
	Gruppo delle patologie droga correlate	DRD-Standard		162	177	1,0926

Fonte: Istat - Indagine sulle cause di morte

Per il gruppo dei disturbi psichici e comportamentali è stato rilevato un coefficiente di raccordo (ICD10/ICD9) pari a 0,78 a fronte quindi di una riduzione di oltre il 20% di casi attribuiti a questo gruppo nel passaggio tra le due revisioni.

Una tendenza opposta è stata riscontrata, invece, per il gruppo delle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso per il quale si registra un incremento superiore al 15 per cento passando alla decima revisione ICD. Tale aumento può essere imputato ad un aumento dei decessi per Alzheimer (+19 per cento) e Parkinson's (+5 per cento).

È possibile rilevare, inoltre, che l'impatto del cambiamento della revisione dell'ICD in Italia è stato abbastanza contenuto per il gruppo delle malattie del sistema circolatorio nel suo complesso. Tra le malattie del sistema circolatorio si osserva, però, un Cr=0,89 in corrispondenza del gruppo delle "altre malattie del cuore" per effetto di un passaggio di parte dei casi attribuiti in ICD 9 all'arresto cardiaco al gruppo delle cause mal definite (senilità). Tale cambiamento è dovuto principalmente a modifiche nelle regole di selezione della causa iniziale in ICD 10.

Analizzando separatamente il gruppo delle patologie droga correlate, con selezione delle cause, in ICD9 e in ICD10 è stato rilevato che, all'interno del campione di decessi del 2003 sottoposto a doppia codifica, sono stati attribuiti 162 casi in ICD9 e 177 casi in ICD10, con un coefficiente di raccordo pari a 1,09. Tale valore indica un aumento di circa l'1% di casi per questo sottoinsieme passando dalla nona alla decima revisione della classificazione internazionale delle malattie.

Tale aumento è in parte imputabile alla variazione, anch'essa positiva, di decessi per "Dipendenza da droghe, tossicomania" (codici ICD10 F11-F16, F18-F19), per i quali si registra un Cr pari a 1,04. Al momento non sono disponibili analisi più dettagliate per le singole voci nelle quali è disaggregato il gruppo delle patologie droga-correlate poiché tale operazione richiede una attenta

ricostruzione delle corrispondenze tra ICD9 e ICD10 ed una verifica della significatività statistica dei coefficienti di raccordo.

Anche le statistiche prodotte dal Gruppo Italiano dei Tossicologi Forensi (GITF), che effettuano la gran parte degli accertamenti disposti dalle autorità giudiziarie, non sono sistematicamente raccolte e disponibili per il flusso nazionale dei dati sui DDC; non esiste quindi un registro tossicologico forense unitario come in altri paesi.

Questo rappresenta una limitazione destinata a farsi più pesante con il passare del tempo, con la crescente minore "visibilità" in senso tradizionale degli eventi letali causati dal consumo di droghe diverse dagli oppiacei che portano a definire DDC a seguito degli accertamenti tossicologici un numero crescente di eventi non sospettati come tali. Anche in ragione di questo, entrambi i registri nazionali, pur avendo una copertura dell'intero territorio, per ragioni differenti, sottostimano la reale entità dei DDC.

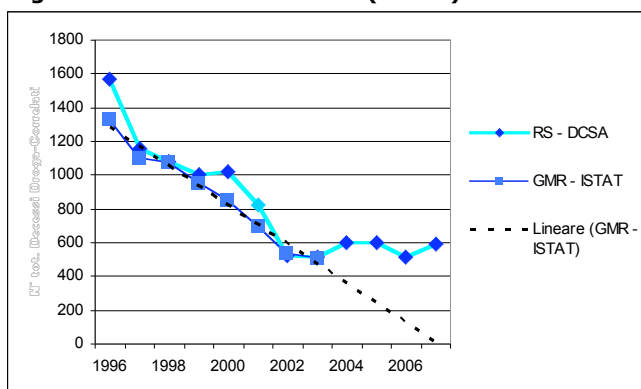
Al miglioramento della qualità del dato si tende anche attraverso la ricerca a livello locale. E in questa direzione ha operato il progetto "Standardizzazione dei flussi informativi sui decessi collegati all'uso di droghe", promosso dal Ministero della Salute ed affidato alla Regione Lazio.

La ASL RME, nello specifico il suo Dipartimento di Epidemiologia coordinatore del progetto, ha affidato all'ISS, Dipartimento del Farmaco, nel biennio 2005-2006 lo studio pilota su tale aspetto della ricerca. Nell'ambito del progetto è stata effettuata un'analisi comparativa delle diverse fonti ufficiali (RGM-ISTAT, RS DCSA-Ministero dell'Interno, registri di mortalità presso le ASL (ReNCaM) e registri di mortalità presso gli Osservatori epidemiologici regionali o provinciali) in cinque città (Milano, Torino, Bologna, Roma, Napoli) sui dati del periodo 1998-2002 (per poter raffrontare i dati di provenienza ISTAT disponibili sino al 2002) e sulle età 15-44 anni. I risultati hanno evidenziato la necessità di un impegno specifico di raccordo tra le fonti e di miglioramento della qualità dei dati individuando per questo diverse strategie praticabili.

I dati evidenziano che in Italia si è registrata una lenta ma costante diminuzione dei DDC. A livello globale, considerando le differenze nella definizione di caso, nelle modalità di raccolta, di registrazione, di verifica e di tempi di raccolta, i dati sui Decessi Droga-Correlati rilevati dai Registri (RS e RGM) sull'intero territorio nazionale risultano in buon accordo tra di loro.

Il grafico 6.4 descrive abbastanza chiaramente questo accordo sostanziale in tutto l'arco temporale 1996-2003; occorre ricordare che gli ultimi dati ufficialmente disponibili per il RGM si riferiscono all'anno 2003.

Grafico 6.4: Comparazione dei Decessi Droga-Correlati nel Registro Speciale (DCSA) e nel Registro Generale di Mortalità (ISTAT). Anni 1996-2007.

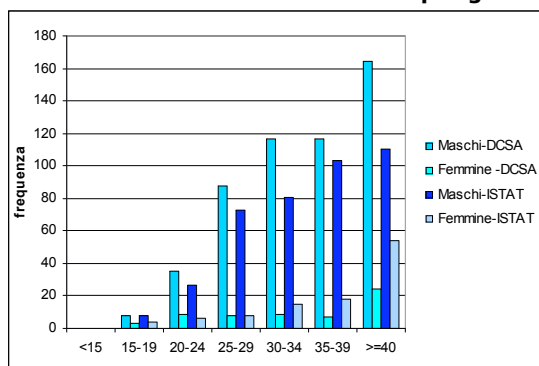


Fonte: Dati DCSA ed ISTAT

Nello stesso periodo 1996-2003 l'accordo sostanzialmente si mantiene anche quando il dato viene disaggregato per genere ed età; su questo si veda il Grafico

6.5, relativo all'ultimo anno disponibile (il 2003, con 507 DDC dal RGM dell'ISTAT e i 517 del RS della DCSA), che riporta il numero dei casi suddivisi per genere ed età per entrambe le fonti.

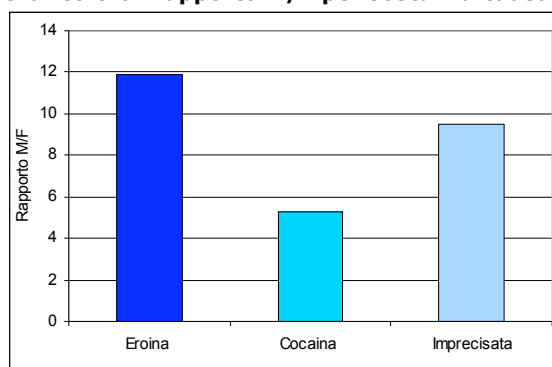
Grafico 6.5: Numero DDC nel 2003 per genere e classe di età.



Fonte: Dati DCSA ed ISTAT

In particolare, dal picco del 1996 (con 1566 casi) al 2002 il RS ha registrato una diminuzione significativa dei casi sino ai 517 del 2003. Un aumento è stato registrato nel 2004-2005 con 653 casi ed una contrazione successiva con i 589 decessi rilevati nel 2007 (+6,9% rispetto al 2006). Le persone decedute, come atteso, sono in massima parte (89,8%) di genere maschile, con un rapporto M/F pari a 8,8 leggermente superiore rispetto al 2006 e maggiore anche della proporzione di genere dei soggetti in carico presso i SerT (RR + 5% per la popolazione maschile). Interessante notare che il rapporto M/F varia in relazione alla sostanza riportata come causa del decesso (Grafico 6.6 per l'anno 2007) e che, nel caso della cocaina, tale rapporto risulta essere meno della metà rispetto all'eroina.

Grafico 6.6: Rapporto M/F per sostanza causa del decesso. Anno 2007.

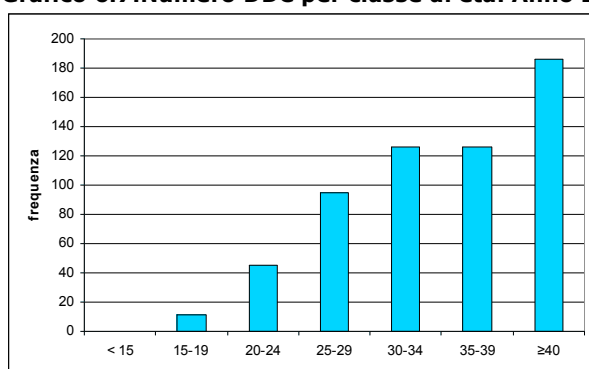


Fonte: RS-DCSA

Nel 2007 la sostanza era imprecisata in ben 316 casi (53,6%) dei 589 registrati, la causa del decesso è stata attribuita in 233 casi (39,6%) all'eroina, in 36 casi (6,1%) alla cocaina. I rimanenti 4 casi (0,7%) erano attribuiti singolarmente ad oppio, amfetamine, barbiturici e con un nesso causale difficilmente spiegabile, hashish.

L'età media del totale dei deceduti era di 35,2 anni; il maggior numero dei casi si è registrato per la fascia di età più alta (Grafico 6.7).

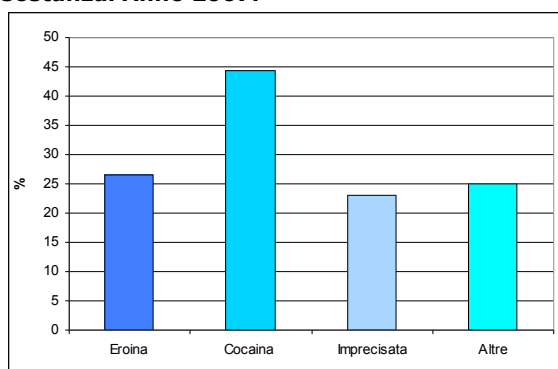
Grafico 6.7: Numero DDC per classe di età. Anno 2007.



Fonte: RS-DCSA

In termini percentuali la quota maggiore dei decessi dei soggetti sotto i 30 anni sono attribuibili alla cocaina (Grafico 6.8).

Grafico 6.8: Distribuzione percentuale dei decessi dei minori di 30 anni, secondo la sostanza. Anno 2007.



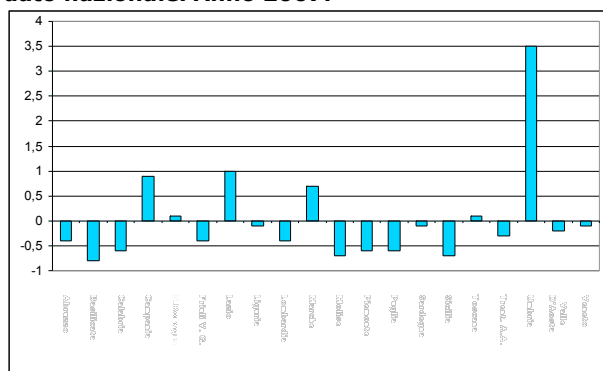
Fonte: RS-DCSA

Circa la distribuzione territoriale, in termini assoluti il numero più elevato di decessi (112) si è verificato in Campania; seguono nell'ordine Lazio (105), Lombardia (55) Emilia Romagna (47), Veneto (45), Toscana (40), Umbria (38) e Marche (25), Puglia e Sicilia (19), Piemonte (18), Liguria e Sardegna (15). Tra 1 e 9 casi sono stati registrati nelle altre Regioni.

L'articolazione regionale esprime meglio il suo contenuto informativo quando il dato assoluto viene rapportato alla popolazione residente. Il Grafico 6.9 riporta il tasso x 100.000 abitanti nelle singole Regioni rispetto al dato nazionale (1,02) posto come riferimento sulla linea dello zero (grafico 6.9).

Umbria, Lazio, Campania e Marche presentano gli scostamenti "positivi" più consistenti. A tali differenze contribuiscono in massima parte i rispettivi capoluoghi di Regione che concentrano gran parte degli eventi a prescindere dal fatto che questi riguardino soggetti residenti o meno nel luogo di decesso. E' però azzardato attribuire tale dato ad un'effettiva maggiore mortalità in questi territori piuttosto che ad una maggiore tendenza in altre Regioni, per i più svariati motivi, a non rilevare le morti droga correlate.

Grafico 6.9: Numero DDC rapportato a 100.000 abitanti. Differenza tra dato regionale e dato nazionale. Anno 2007.



Fonte: RS-DCSA

A tale riguardo, sembra di interesse l'utilizzo di particolari indici di flusso, messi a punto dall'ISS nello studio dei fenomeni accidentali e violenti.

Nel seguito ne utilizzeremo tre, l'indice di mortalità stanziale (IMS), quello di mortalità esportata (IME) e quello di mortalità importata (IMI).

Considerando la provincia come unità di territorio, essi sono così definiti:

- **IMS, Indice di mortalità stanziale** (è una proporzione o percentuale): numero di DDC residenti nella provincia che risultano essere morti nella provincia stessa diviso tutti i DDC che avevano residenza nella provincia.
- **IME, Indice di mortalità esportata** (è una proporzione o percentuale): numero di DDC residenti nella provincia che muoiono in altra provincia diviso il numero di DDC che avevano residenza nella provincia.
- **IMI, Indice di mortalità importata** (è una proporzione o percentuale): numero di DDC non-residenti nella provincia considerata che muoiono in detta provincia diviso il numero dei DDC registrati nella provincia stessa.

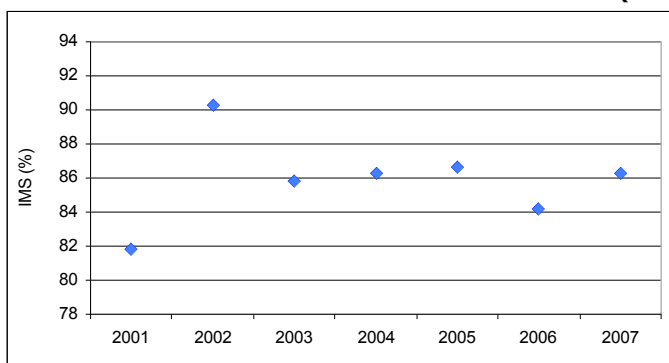
Ad es., nella provincia di Roma tra il 2001 e 2007 sono stati registrati 667 DDC; nel territorio nazionale, sempre nello stesso periodo, i DDC tra i residenti nella provincia di Roma sono stati 628.

I DDC di residenti nella provincia di Roma che sono avvenuti nella provincia di Roma stessa risultano poi essere 592. Da quest'ultimo dato consegue che i DDC di residenti nella provincia di Roma avvenuti in altra provincia sono 36 ($628-592=36$), come pure che i DDC di residenti in province diverse da Roma ma avvenuti nella provincia di Roma sono 75 ($667-592=75$). Avremo quindi per la provincia di Roma un $IMS=94,3\%$ (dato da $592/628$), un $IME=5,7\%$ (dato da $(628-592)/628$), un $IMI=11,2\%$ (dato da $75/667$).

Ora, in relazione ai DDC registrati dal 2001 al 2007 in Italia, essi risultano essere 4307. Tra questi, 4156 (96,5%) erano relativi a residenti in Italia e 151 (3,5%) all'estero.

Prendendo come unità territoriale la provincia, i DDC "stanziali" (quantificati con l'IMS), ovvero quelli in cui c'è coincidenza tra provincia di residenza e provincia di morte, assommano a 3687 (cui corrisponde un $IMS=85,6\%$). Effettuando lo stesso calcolo anno per anno possiamo conoscere l'andamento dell'IMS nel tempo. Il Grafico 6.10 mostra tale andamento nel periodo 2001-2007.

Grafico 6.10: Andamento dal 2001 al 2007 dell'IMS (Indice di Mortalità Stanziale).

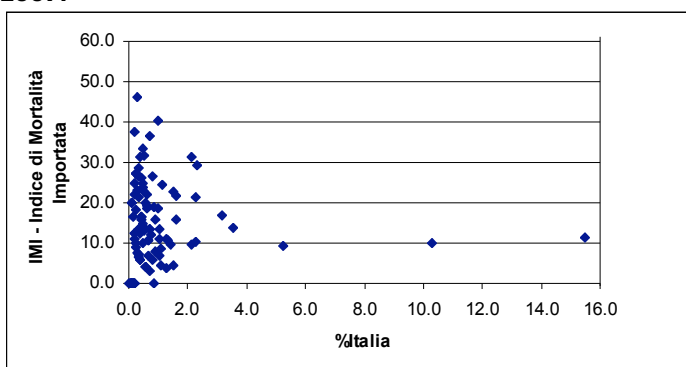


Fonte: RS-DCSA

Come può osservarsi, negli ultimi anni in Italia l'IMS appare stabile, intorno all'85%. Questo vuol dire che la gran parte dei DDC registrati nel nostro paese si verifica nella provincia di residenza dei soggetti. Il "nomadismo", qui inteso come DDC di residenti in una certa provincia ma registrati in altra provincia, può essere quantificato in termini di IME, e risulta circa del 15% (in realtà, il calcolo esatto è un poco più complicato in quanto bisognerebbe tener conto che sul totale dei DDC pesano i 151 residenti all'estero; tuttavia, il risultato che così si ottiene è praticamente coincidente con quello mostrato).

Osservando i dati relativi ai singoli territori, si rileva che circa il 30% dei DDC, in pratica 1 su 3, si è verificato in sole 3 province: Roma, Napoli e Torino. Un ulteriore incremento dei DDC si è verificato a Roma e Napoli negli ultimi due anni (rispettivamente + 3.75% e + 33.3%) tanto che queste due città, da sole, nel 2007 assommano al 26% del totale dei decessi avvenuti nell'anno in Italia. Nella distribuzione 2007 delle province in base al numero di DDC, a Roma e Napoli seguono Perugia e Milano con 32 e 23 casi rispettivamente (+52.4% e + 27.8% rispetto al 2006). Queste città, per differenti motivi, presentano un'elevata esposizione alle droghe ed un accentuato nomadismo in ingresso (quantificabile tramite IMI) che a livello probabilistico incrementa il numero degli eventi rilevati sul singolo territorio. L'indice di mortalità importata (IMI) ci aiuta a comprendere ed a leggere determinate situazioni. Il Grafico 6.11 mostra la relazione tra IMI delle singole province ed il numero di DDC ivi registrati, numero espresso in termini di percentuale rispetto a tutti i DDC dell'Italia.

Grafico 6.11: Relazione tra la percentuale rispetto al totale nazionale di DDC registrati in una provincia e l'indice di mortalità importata (IMI) della provincia stessa. Anni 2001-2007.



Fonte: RS-DCSA

Come si vede, l'IMI presenta una elevata variabilità quando il numero dei DDC è contenuto e tende poi a stabilizzarsi intorno al 10% al crescere di quest'ultimo. Il contributo del "nomadismo" nelle statistiche relative ai DDC delle singole province sembra riguardare maggiormente il genere maschile e le persone

giovani, entro i 40 anni di età. Questa considerazione emerge dalla lettura del totale dei casi contenuti nel RS del Ministero dell'Interno e relativi al periodo 2001-2007. Quando si raffronta il luogo in cui è avvenuto l'evento ed il luogo di residenza del soggetto deceduto si rilevano due indicazioni: in primo luogo, i deceduti al di fuori della propria provincia di residenza (in base all'indice di mortalità esportata IME) sono percentualmente più frequenti tra i maschi di quanto non lo siano tra le femmine (15% contro 11%), così come evidenziato dalla tabella 6.2.

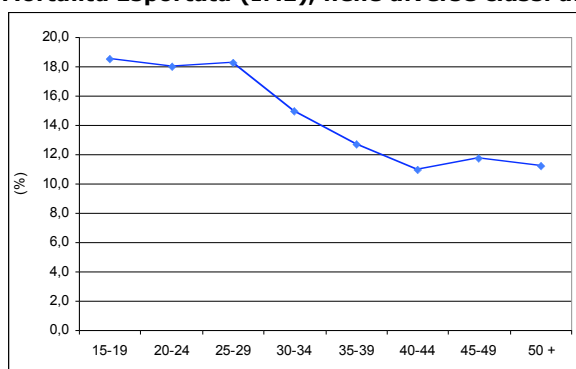
Tabella 6.2: Decessi droga correlati per genere, in base alla provincia di residenza e di decesso. Indice di mortalità stanziale (IMS) ed esportata (IME). Anni 2001-2007.

	DDC residenti (n)	DDC provincia (n)	IMS (%)	IME (%)
Maschi	3323	3896	85.0	15.0
Femmine	366	411	89.0	11.0

Fonte: RS-DCSA

In secondo luogo, il "nomadismo" è quantificabile (sempre tramite l'IME) attorno al 18% per i soggetti sotto i 30 anni contro l'11% tra i soggetti al di sopra dei 40 anni (Grafico 6.12)

Grafico 6.12. Andamento del "nomadismo" dei DDC, quantificato in base all'Indice di Mortalità Esportata (IME), nelle diverse classi di età. RS-DCSA, Italia 2001-2007.



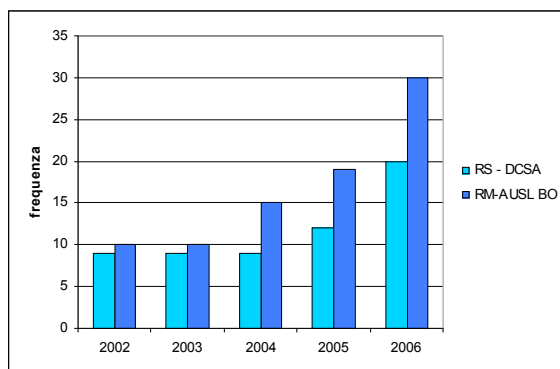
Fonte: RS-DCSA

In relazione al numero assoluto di casi di DDC registrati nei diversi anni, i dati nazionali mostrano un trend che - almeno in apparenza - risulta in riduzione. Se pur incoraggiante, la lettura di questo trend richiede una certa prudenza nell'affermare che il problema è avviato ad un significativo contenimento cui hanno certamente contribuito gli sforzi di molti in termini di prevenzione, di riduzione dei rischi e di contrasto del traffico. Le casistiche del RS infatti, per ovvie ragioni, non registrano gli eventi occorsi al di fuori dell'osservazione delle forze dell'ordine, non tengono conto dei decessi indirettamente riconducibili alla droga e sempre più numerosi dopo la diffusione degli stimolanti e del policonsumo e non riguardano, se non in piccola parte, i decessi che avvengono tra le mura domestiche in soggetti non tossicodipendenti. La sottostima inevitabile dei casi che ne deriva può essere intuita solo attraverso il raffronto dei dati provenienti da fonti diverse tra le quali i registri di mortalità delle ASL (ReNCaM) nei diversi territori ed estratti in base alle cause selezionate.

E' importante rilevare come non dappertutto il trend appaia comunque in discesa. Il Grafico 6.13 riporta i decessi per overdose registrati nel periodo 2003-2006 nell'area metropolitana di Bologna secondo il Registro Speciale (RS) della DCSA e secondo il registro dell'Ufficio mortalità (RM) dell'Azienda USL della città di Bologna. Tale registro è curato attraverso l'Osservatorio Epidemiologico

Metropolitano delle Dipendenze Patologiche e gli archivi informatizzati relativi ai deceduti per overdose coprono l'intero territorio del Comune. Si osserva che il trend in entrambe le fonti è in crescita ed in controtendenza con i dati a livello nazionale; si osserva inoltre che sembrerebbe non priva di fondamento l'ipotesi che, per le suddette ragioni, il numero di casi che sfuggono all'osservazione potrebbero in realtà essere sempre più numerosi.

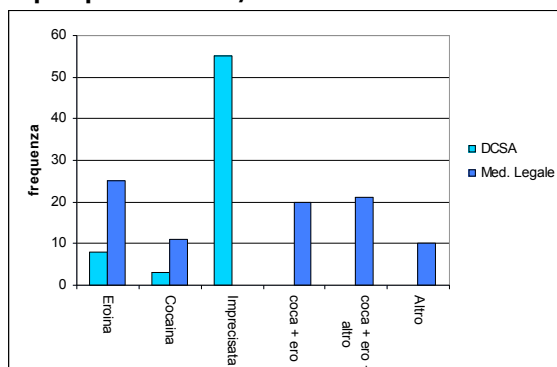
Grafico 6.13: Decessi Droga-Correlati nel RS-DCSA e nel RM-AUSL Bologna. Anni 2002-2006.



Fonti: DCSA-Ministero dell'Interno; Osserv. Epidemiologico Dipendenze Patologiche AUSL BO

Tale riflessione trova sostegno anche dalla comparazione su singoli territori tra i dati del RS e quelli prodotti dalle Tossicologie Forensi su riscontri analitico-tossicologici, cioè su dati certi, a seguito di accertamenti medico legali disposti dalla Magistratura. Già nel 2005 (nella Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2006) i dati relativi a cinque città campione avevano dimostrato una certa discrepanza soprattutto nel caso dei decessi da cocaina. Nel 2007 in Campania, sono stati registrati nel RS per la provincia di Napoli 67 overdose fatali: in 8 di esse la causa è stata su base indiziaria attribuita ad eroina, in 3 a cocaina e nelle restanti 56 non è stato possibile attribuire l'evento ad una sostanza definita. Raffrontando questi dati con quanto accertato in modo oggettivo, attraverso esami tossicologico forensi, dalla Medicina Legale dell'Università Federico II di Napoli si osserva un quadro coerente con l'ipotesi già formulata (Grafico 6.14). Nel 2007 la Medicina Legale di Napoli ha effettuato perizie su un totale di 93 soggetti deceduti (di cui 88 accertati DDC) su disposizione dell'autorità giudiziaria di Napoli e di altri Tribunali della Regione. Nella figura, per un più adeguato confronto, sono riportati i casi relativi alla provincia di Napoli.

Grafico 6.14: DDC in provincia di Napoli. DCSA e Medicina Legale Università Federico II di Napoli per sostanza/e causa del decesso. Anno 2007.

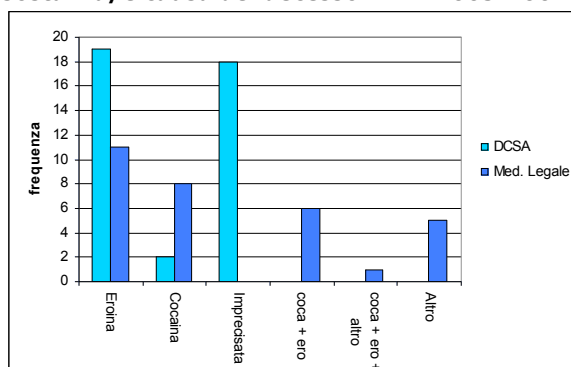


Fonti: DCSA-Ministero dell'Interno; Medicina Legale - Università Federico II di Napoli

La causa del decesso è attribuita ad una sostanza singola in 1 caso su 5, per i rimanenti l'evento letale è stato determinato da miscele di sostanze in alcuni casi associate ad alcol e farmaci. Da sottolineare che la ketamina e l'ecstasy, di per sé, sono state la causa del decesso in due soggetti rispettivamente di 26 e 23 anni. Il metadone in associazione con eroina, cocaina (o entrambe), alcol, THC ed altri farmaci compare nel 19% dei casi. A tale riguardo è utile ricordare come in letteratura ci sia ormai un discreto numero di lavori che mettono in relazione i decessi per sovradosaggio, intossicazione acuta da metadone anche a distanza di diverse ore dall'assunzione, con le ore notturne per effetto di apnee centrali del sonno anche significative. In una nota della SAMHSA³ era riportata l'osservazione di un crescente numero di decessi per metadone, ma soprattutto in soggetti che usavano oppiacei per il trattamento del dolore al di fuori di programmi di trattamento per la dipendenza da oppiacei.

Circa la sottostima dei casi di decesso per cocaina nei dati ufficiali un altro esempio può essere rappresentato esaminando i dati relativi alla città di Bologna forniti dal RS-DCSA e dalla Medicina Legale dell'Università di Bologna. Grafico 6.15 riporta, per sostanza, i DDC relativi al triennio 2005-2007.

Grafico 6.15: DDC Bologna su dati DCSA e Medicina Legale Università di Bologna per sostanza/e causa del decesso. Anni 2005-2007.



Fonti: DCSA-Ministero dell'Interno; Medicina Legale - Università di Bologna

Considerando le sostanze singole, si può osservare come i decessi per cocaina siano in realtà almeno 4 volte più numerosi di quanto rilevabile su base indiziaria considerando ad esempio che nel 2005 la Medicina legale ha accertato 8 casi per cocaina contro zero casi delle statistiche ufficiali. Un miglioramento si rende necessario anche alla luce di alcuni dati di fatto: i poliassuntori sono sempre più frequenti nelle abitudini di consumo; si registra una riduzione dei DDC per

³ Substance Abuse and Mental Health Administration, News Release 9 February 2004.

oppiacei, ma un incremento per cocaina-morfina e sola cocaina. La diffusione nell'uso della cocaina e della combinazione eroina-benzodiazepine contribuisce a far presagire a breve un'inversione di tendenza del trend DDC. E' noto che sia eroina che benzodiazepine causano una depressione respiratoria, quindi la loro co-assunzione potenzia questo effetto con maggiore possibilità di portare a decesso rispetto a ciascuna delle due sostanze prese singolarmente. Il rischio di overdose è incrementato dall'uso associato di alcol. Dalla letteratura emergono anche evidenze che, nella poliassunzione eroina-cocaina, la morfina incrementa il potenziale tossico della cocaina che, come la morfina, induce depressione respiratoria. La cocaina quindi contribuisce anche in modo determinante al decesso per intossicazione acuta anche a fronte di una concentrazione modesta di morfina.

Per quanto riguarda la cocaina, nonostante i dati ufficiali riportino una significativa tendenza all'incremento del consumo negli anni, i dati che riguardano i rischi di decesso per cocaina sono limitati anche in virtù della profonda sottostima a riguardo dei dati ufficiali sui decessi causati da questa sostanza. La sottostima trova una sua giustificazione nel fatto che molte morti dovute a cocaina passano oggi inosservate.

In sostanza, quindi, ancora una volta è opportuno richiamare alla dovuta cautela nella lettura ed interpretazione del trend in discesa dei DDC riportati nelle statistiche ufficiali.

6.2 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. L'analisi è condotta, per quanto riguarda la diffusione delle malattie infettive sia tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze⁴ che tra i ricoveri ospedalieri droga correlati⁵. Per quanto attiene invece ai comportamenti a rischio di infezione ed alla trasmissione delle malattie infettive tramite la via iniettiva, si fa riferimento ai soli utenti dei servizi per le tossicodipendenze⁶

6.2.1 Diffusione di HIV-AIDS

Tra gli utenti in carico nei Servizi per le Tossicodipendenze

Nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati testati, nel corso del 2007, 67.798 soggetti per individuare la presenza di infezione da HIV e di questi il 12% è risultato essere positivo. I restanti soggetti in carico che non sono stati testati nel corso dell'anno, o sono altri soggetti già diagnosticati come HIV positivi negli anni precedenti oppure sono utenti per i quali effettivamente il test non è stato effettuato.

Dei soggetti positivi il 77% è di sesso maschile; ciò significa che le persone di genere femminile sono fortemente sovrarappresentate tra i soggetti HIV positivi

⁴ L'analisi è condotta a livello aggregato a partire dai dati forniti dal Ministero della Salute tramite la rilevazione annuale secondo le schede ANN.04, ANN.05, ANN.06 ed integrata con le informazioni rilevate a livello analitico sul campione dei soggetti trattati nei servizi coinvolti nel progetto SIMI@Italia. L'analisi di tale flusso non ha riguardato la diffusione di patologie sessualmente trasmissibili.

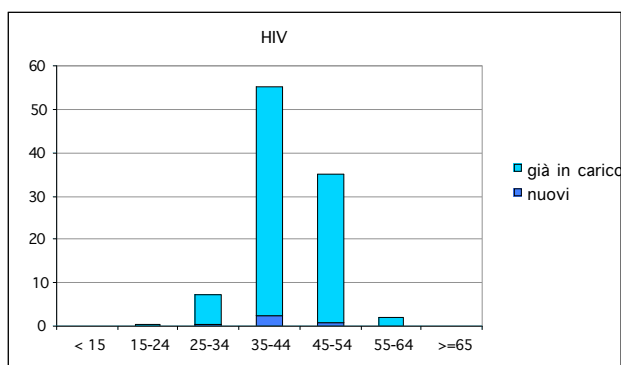
⁵ Archivio schede di dimissione ospedaliera fornito dalla Direzione Generale Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute. Si fa presente che l'analisi di tale flusso si ferma all'anno 2005 in quanto i dati relativi agli anni 2006-2007 non sono stati trasmessi perché in fase di verifica e consolidamento.

⁶ Sono state analizzate informazioni rilevate su due campioni di soggetti trattati nei servizi per le tossicodipendenze: uno relativo al Progetto SIMI@Italia e l'altro ad uno studio cross-sectional condotto dall'Istituto Superiore di Sanità.

(23%, quasi il doppio della proporzione nell'insieme degli utenti SerT: le ipotesi possono essere o che la prevalenza dell'infezione HIV tra i tossicodipendenti in carico ai SerT sia di gran lunga maggiore tra le femmine o che esse si sottopongano con maggiore solerzia al monitoraggio diagnostico oppure, evento più probabile, entrambe le cose.

L'età media del collettivo è prossima ai 43 anni senza differenze significative tra i due sessi. Osservando la distribuzione per età si nota che la fascia maggiormente rappresentata è quella tra 35 e 44 anni, sia tra i nuovi utenti che tra i soggetti prevalenti (Grafico 6.16).

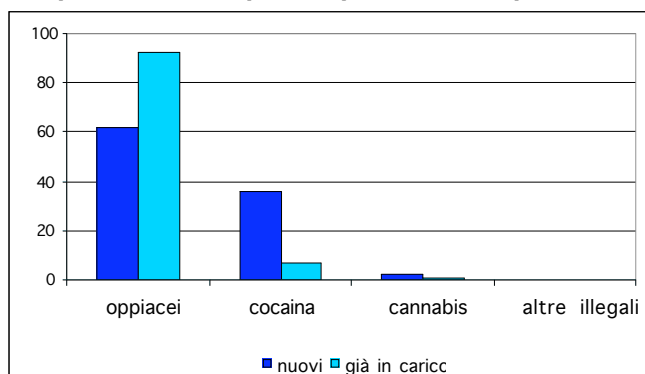
Grafico 6.16: Distribuzione percentuale dell'utenza positiva al test HIV per epoca di presa in carico e classi d'età. Anno 2007.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

Dalla distribuzione dell'utenza HIV positiva per sostanza "primaria" e per epoca di presa in carico (Grafico 6.17) si evince che se tra i soggetti già in carico dagli anni precedenti risulta maggiore la percentuale di coloro con oppiacei come sostanza "primaria" (92%), tra i nuovi utenti assumono un'importanza di rilievo anche coloro che presentano la cocaina come sostanza "primaria" (36%). Considerando il fatto che la frazione dei soggetti che dichiara di consumare la cocaina per via iniettiva è molto bassa è verosimile che una quota consistente di persone con uso "primario" di cocaina abbia contratto l'infezione per via sessuale.

Grafico 6.17: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti HIV positivi per sostanza "primaria". Anno 2007.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

Nei ricoveri ospedalieri droga correlati

Per la stesura del presente paragrafo, dei successivi relativi a "Diffusione di Epatiti virali, patologie sessualmente trasmissibili e tubercolosi nei ricoveri ospedalieri droga correlati" e per la sezione relativa alle "Altre implicazioni e conseguenze per la salute" (in particolare i paragrafi "Comorbidità somatica" e "Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe") sono state analizzate le informazioni desunte dal flusso informativo relativo alle schede di dimissione ospedaliera (SDO). L'archivio raccoglie dati anagrafici dei dimessi ospedalieri ed informazioni relative all'episodio di ricovero, quali diagnosi, procedure chirurgiche ed interventi diagnostico-terapeutici, codificati in base alla classificazione internazionale ICD-9-CM (1997). In particolare sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi, principale o secondarie, droga correlate.

Nel periodo 2003-2005 i ricoveri sono stati complessivamente 12.818.905 (anno 2003), 12.991.102 (anno 2004) e 12.966.874 (anno 2005); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondarie) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive⁷ costituiscono circa il 2 per mille (25.609 ricoveri nel 2003, 25.463 nel 2004 e 24.932 nel 2005) del collettivo nazionale (tale dato rimane sostanzialmente stabile nel corso dell'intero periodo di riferimento).

Nel 2005 circa il 27% delle degenze risultano attribuibili all'uso di oppioidi, seguono sedativi-barbiturici-ipnotici-tranquillanti (circa 21%), cocaina (circa 10%), cannabinoidi ed antidepressivi (rispettivamente circa 5% e 4%); in circa il 33% delle diagnosi droga correlate non risulta indicata la sostanza d'abuso.

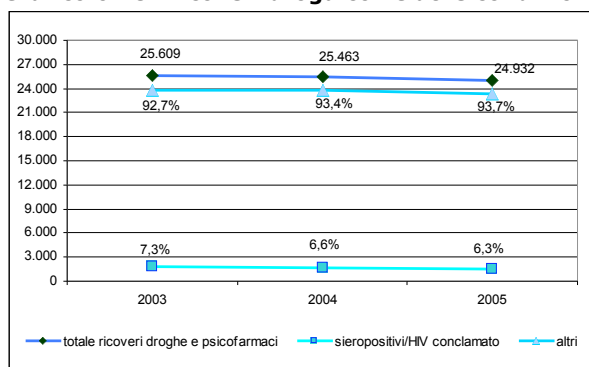
I 24.932 ricoveri droga correlati rilevati nel corso dell'anno 2005 presentano un codice ICD9-CM relativo all'uso di sostanze psicoattive in diagnosi primaria, nel 56% dei casi; per la restante quota in secondaria; tali valori non subiscono variazioni di rilievo nel corso del triennio considerato.

Circa il 69% dei ricoveri in Italia nel 2005 (ca. 70% nel 2004 e 72% nel 2003) sono avvenuti in regime ordinario. Tale quota sale a poco più del 94% nel caso dei ricoveri droga correlati variando tra un 92% rilevato tra le situazioni droga correlate evidenziate in diagnosi primaria ed il 96% delle secondarie.

Nel 2005 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative a situazioni di AIDS conclamato o di HIV sieropositività, sono circa il 9% (pari a 2.265 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni (Grafico 6.18).

⁷ Si sono analizzate le categorie diagnostiche classificate in base al repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia ICD9-CM. I codici ICD9-CM analizzati sono stati: 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), Avvelenam. da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenam. da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenam. 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).

Grafico 6.18: Ricoveri droga correlati e condizione di HIV sieropositività/AIDS conclamata.

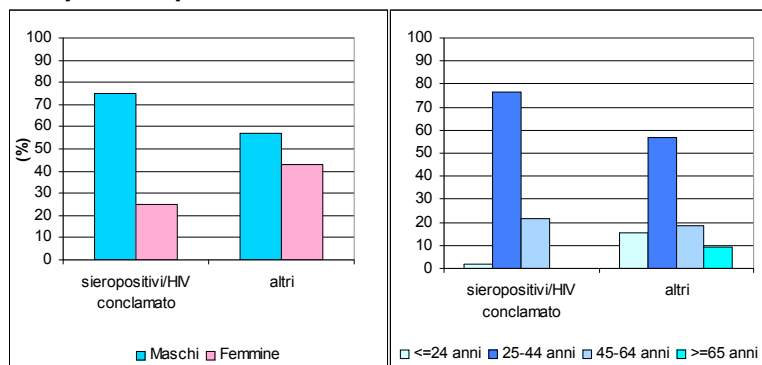


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o meno, si osserva una percentuale più elevata di maschi (circa 75% contro 57%) ed una più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (circa 2% contro 15%) rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Grafico 6.19: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di HIV sieropositività/AIDS conclamata. Anno 2005.

- a) sinistra: per genere;
- b) destra: per classi d'età.

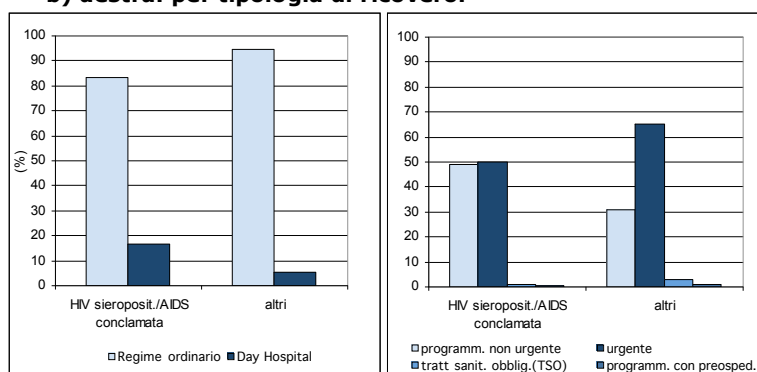


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

L'analisi del regime e tipologia di ricovero (Grafico 6.20) 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 50% contro 65%) e di situazioni di regime ordinario (circa 83% contro 94%).

Grafico 6.20: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di HIV/AIDS conclamata. Anno 2005.

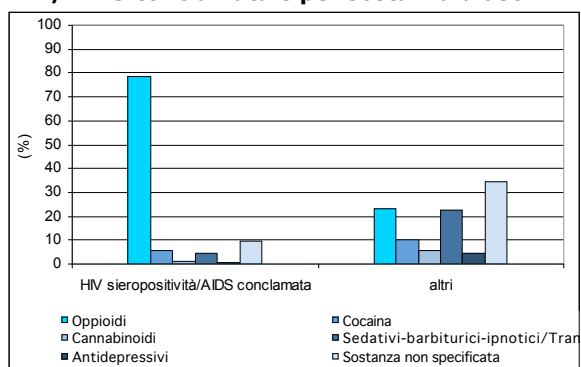
a) sinistra: per regime di ricovero;
b) destra: per tipologia di ricovero.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Grafico 6.21) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS conclamata evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (circa 79% contro 23%).

Grafico 6.21: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di di HIV/AIDS conclamata e per sostanza d'uso.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

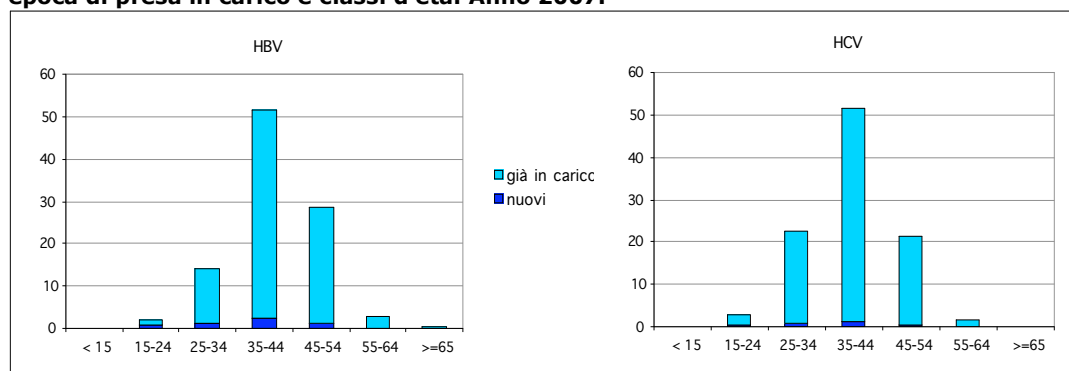
6.2.2 Diffusione di Epatiti virali

Tra gli utenti in carico nei Servizi per le Tossicodipendenze

Nel 2007 nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati testati 62.471 soggetti per individuare la presenza di infezione da HBV e 80.093 test per individuare la presenza di infezione da HCV. Tra i soggetti testati sono risultati positivi rispettivamente il 37% per HBV ed il 60% per HCV. Nell'utenza positiva alla presenza di virus per l'epatite B o C la composizione per genere è pressoché identica ed anche sovrapponibile a quella della popolazione globale dei soggetti in carico ai SerT (i maschi rappresentano circa l'84%) mentre l'età media risulta maggiore nei soggetti HBV positivi (41 anni contro i 39 dei soggetti HCV positivi).

Nella distribuzione per età dei due gruppi la classe di età maggiormente rappresentata è nuovamente quella 35-44 (circa il 52% per entrambi). Si osserva inoltre uno spostamento della distribuzione verso fasce di età più giovanili nei soggetti HCV positivi (26% contro 16% HBV per la fascia di età 15-34); si presume che ciò sia attribuibile anche all'introduzione, a partire dal 1991, dell'obbligatorietà della vaccinazione per la popolazione generale (Grafico 6.22).

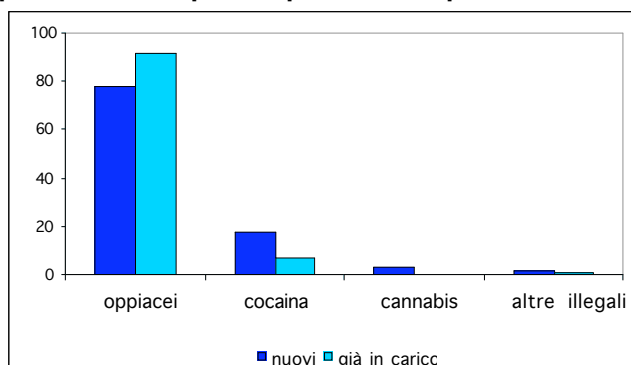
Grafico 6.22: Distribuzione percentuale dell'utenza positiva ai test HBV e HCV per epoca di presa in carico e classi d'età. Anno 2007.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

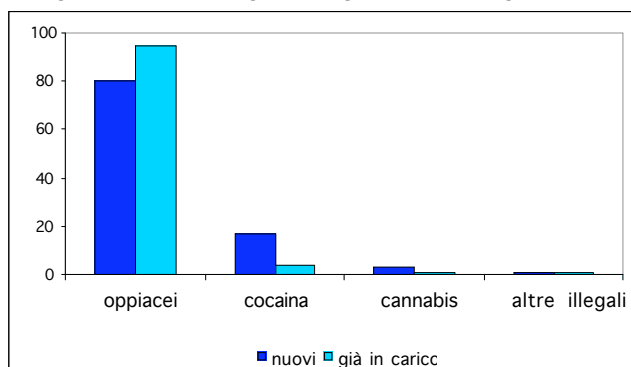
In entrambi i gruppi, laddove la sostanza "primaria" utilizzata risulta essere un oppiaceo, la quota dei nuovi utenti, positivi ai test per epatiti virali, è inferiore a quella dei soggetti prevalenti (78% nuovi contro 92% prevalenti per gli HBV positivi; 80% nuovi contro 95% prevalenti per gli HCV positivi). Sebbene con valori inferiori, accade esattamente il contrario quando la sostanza di abuso "primaria" considerata è la cocaina (17% nuovi contro 7% prevalenti per gli HBV positivi; 16% nuovi contro 4% prevalenti per gli HCV positivi) (Grafici 6.23 e 6.24).

Grafico 6.23: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico dagli anni precedenti HBV positivi per sostanza primaria. Anno 2007.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

Grafico 6.24: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico dagli anni precedenti HCV positivi per sostanza primaria. Anno 2007.

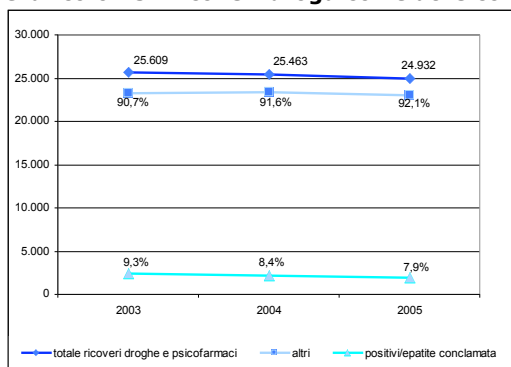


Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

Nei ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2005 tra i ricoveri droga correlati si rilevano diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali, in circa l'8% (pari a 1.969 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci (Grafico 6.25); circa l'83% di questi risultano attribuibili a diagnosi di epatite C (il dato è in crescita: 81% nel 2004 e 79% nel 2003).

Grafico 6.25: Ricoveri droga correlati e condizione di malattia/sieropositività per le epatiti.

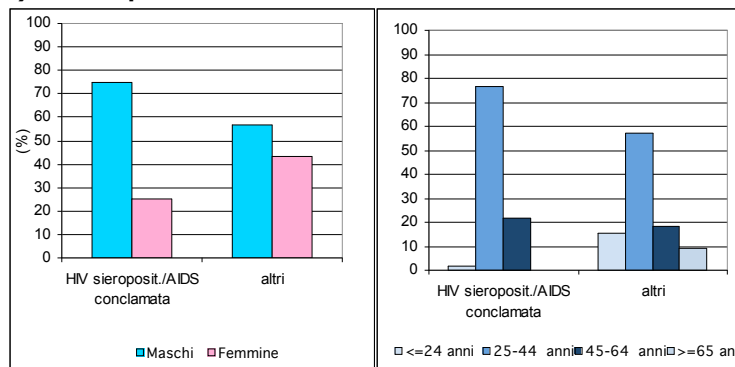


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Senza variazioni di rilievo nel corso del triennio, l'analisi dell'età e del genere (Grafico 6.26), relativa all'anno 2005, evidenzia nel gruppo con diagnosi di epatite una percentuale più elevata di maschi (circa 79% contro 56%) e di situazioni che presentano un'età inferiore ai 44 anni (circa 83% contro 72%).

Grafico 6.26: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/sieropositività per le epatiti. Anno 2005.

a) sinistra: per genere;
b) destra: per classi d'età.

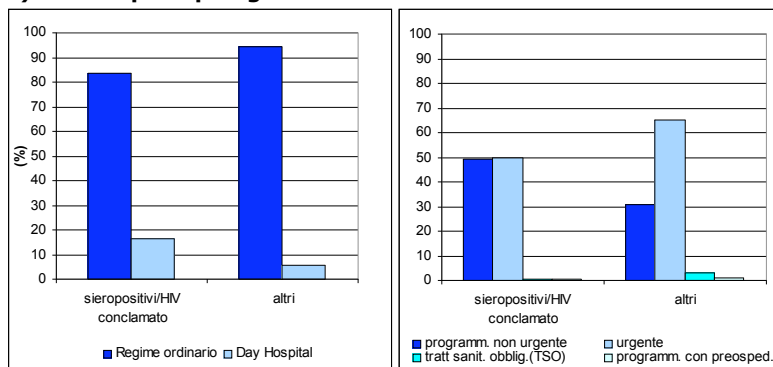


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Dall'analisi del regime e tipologia di ricovero (Grafico 6.27) si rileva inoltre che tra i ricoveri droga correlati con diagnosi di epatite o di sieropositività per la stessa, si evidenzia una percentuale più bassa di situazioni a carattere urgente (circa 57% contro 65%) e di ricoveri in regime ordinario (circa 85% contro 95%).

Grafico 6.27: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/sieropositività per le epatiti. Anno 2005.

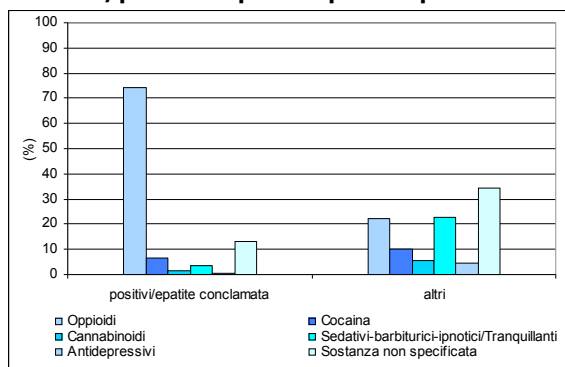
a) sinistra: per regime di ricovero;
b) destra: per tipologia di ricovero.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Si rileva inoltre che le sostanze d'uso (Grafico 6.28) maggiormente rilevate nel gruppo in studio sono gli oppioidi (circa 74% contro 22%).

Grafico 6.28: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti e per sostanza d'uso. Anno 2005.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

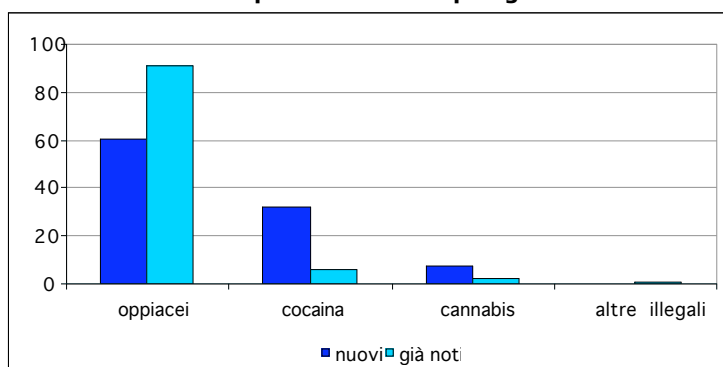
6.2.3 Diffusione di tubercolosi

Tra gli utenti in carico nei Servizi per le Tossicodipendenze

In base ai dati rilevati attraverso il Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori (SIMI®Italia)⁸, è possibile osservare che il numero di utenti in carico presso i SerT aderenti all'indagine, che presenta tubercolosi come diagnosi droga correlata è pari allo 0,4% dell'utenza complessiva.

Tale gruppo di utenti è costituito per la maggior parte da soggetti maschi (80%) – anche in questo caso come per l'infezione HIV il rischio relativo per i soggetti di genere femminile appare nettamente maggiore - già noti ai servizi dagli anni precedenti (83%) e che hanno in media 34 anni, risultando leggermente più giovani dell'utenza generale. Essi risultano in carico prevalentemente per uso di oppiacei (86%) ma vi è anche una quota rilevante di soggetti utilizzatori di cocaina (10%), percentuale che sale al 32% tra i nuovi utenti.

Grafico 6.29: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico nei SerT con presenza di malattia tubercolare per sostanza e tipologia di utenza. Anno 2007.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

Il collettivo in questione risulta arrivato ai servizi principalmente attraverso il canale volontario (83%) o perché inviati da strutture socio-sanitarie (10%).

Infine è interessante sottolineare che il 69% del collettivo è rappresentato da soggetti che assumono la sostanza primaria per via iniettiva; se a questi si aggiunge il 3% che dichiara di praticare o di aver praticato in passato la via iniettiva, si ha che gli IDU costituiscono complessivamente il 72% del collettivo, valori ben al di sopra di quanto riscontrato a livello di utenza generale (62% complessivamente).

⁸ Vedi paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

Nei ricoveri ospedalieri droga correlati

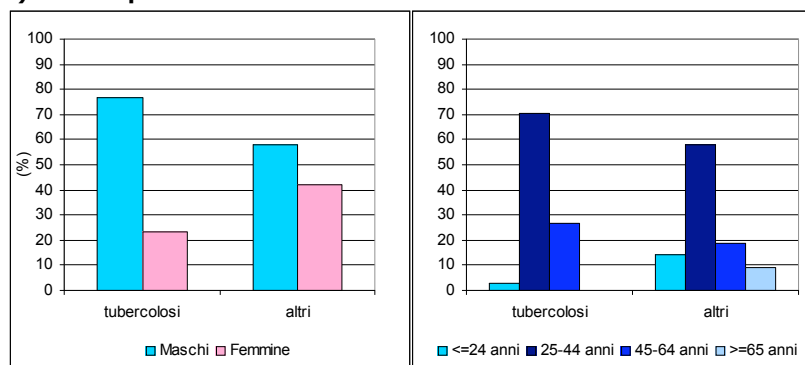
Nel 2005 si rilevano diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di tubercolosi, nell'1,4 per mille (pari a 34 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci (2,1 per mille nel 2003 e 1,8 per mille nel 2004).

Nel 2005 si evidenzia nel gruppo con diagnosi di malattia tubercolare una percentuale più elevata di maschi (circa 76% contro 58%) e situazioni di età inferiore ai 44 anni (circa 74% contro 72%).

Grafico 6.30: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di malattia tubercolare. Anno 2005.

a) sinistra: per genere;

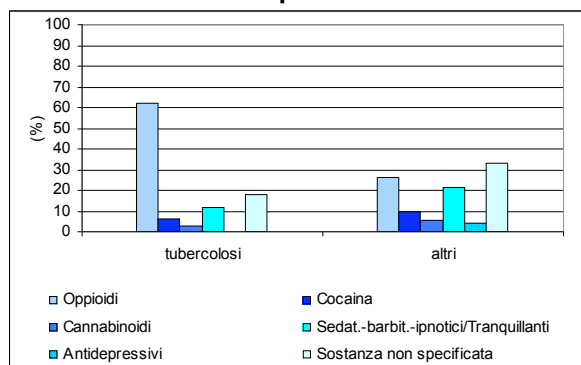
b) destra: per classi d'età.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Si rileva inoltre che le sostanze d'uso (Grafico 6.31) maggiormente rilevate nel gruppo in studio sono gli oppioidi (circa 74% contro 22%).

Grafico 6.31: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di malattia tubercolare e per sostanza d'uso. Anno 2005.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

6.2.4 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili

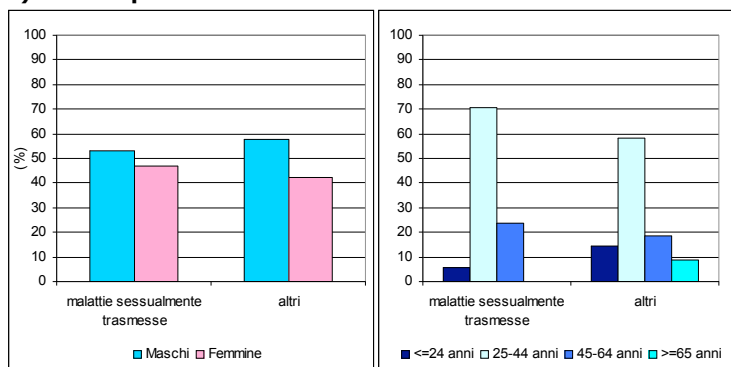
Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili nei ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2005 si rilevano diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di malattie sessualmente trasmesse, in circa l'1 per mille (pari a 17 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci (tale dato rimane sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio considerato); nella quasi totalità dei casi trattasi di sifilide.

L'analisi dell'età e del genere (Grafico 6.32), relativa all'anno 2005, evidenzia nel gruppo con concomitante diagnosi di patologia sessuale una percentuale più elevata di femmine (circa 47% contro 42%) e di situazioni di età compresa tra i 25 ed i 44 anni (circa 71% contro 58%).

Grafico 6.32: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per concomitante presenza di patologie sessualmente trasmissibili. Anno 2005.

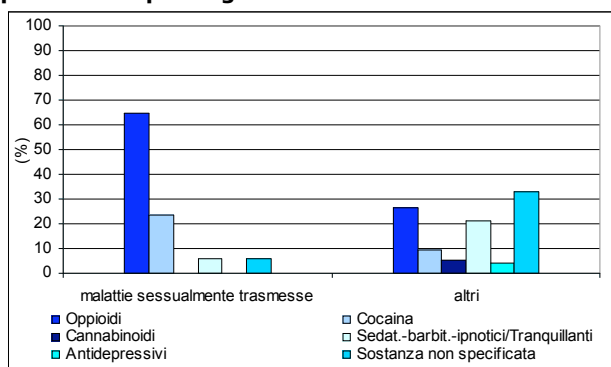
a) sinistra: per genere;
b) destra: per classi d'età.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Le sostanze d'uso (Grafico 6.33) maggiormente rilevate nel gruppo affetto da patologie sessualmente trasmissibili sono gli oppioidi (circa 65%).

Grafico 6.33: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per concomitante presenza di patologie sessualmente trasmissibili. Anno 2005.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

6.2.5 Comportamenti a rischio di infezione

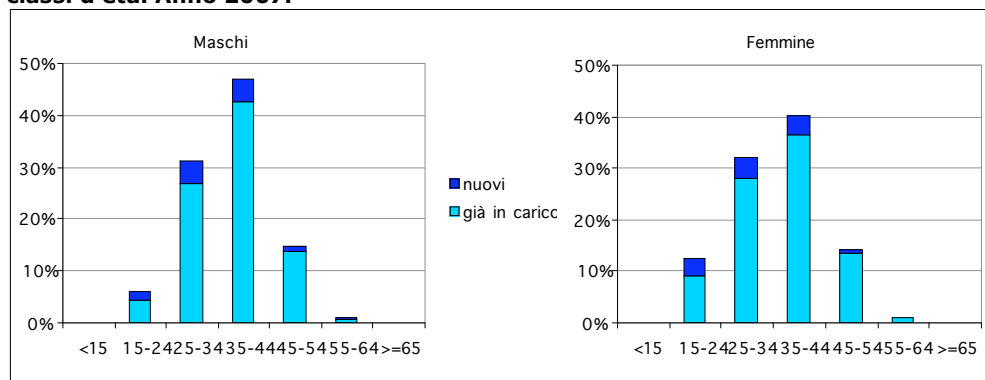
Di seguito si analizzano gli utenti in trattamento presso i Servizi adibiti al trattamento delle tossicodipendenze, le cui caratteristiche risultano rilevate attraverso lo studio multicentrico SIMI®Italia⁹, e che almeno una volta nella vita hanno assunto una sostanza illecita per via iniettiva (anche se non necessariamente quella "primaria"). Si tratta di 16.221 soggetti, pari al 72% dell'utenza complessiva dell'insieme.

Tale collettivo risulta costituito in prevalenza da maschi (85%) e solo nell'11% trattasi di casi incidenti; con una composizione per genere praticamente identica tra i nuovi utenti e quelli già noti da anni precedenti. L'età media è di circa 37 anni, con i nuovi utenti più giovani mediamente di 4 anni rispetto agli utenti prevalenti.

Distinguendo l'utenza per sesso, tipologia e classi di età, emerge una maggiore percentuale delle 15-24enni rispetto ai coetanei maschi (13% contro 6%) a scapito di una minore percentuale per la classe di età delle 35-44enni (40% contro 47%) (Grafico 6.34).

⁹ Vedi paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

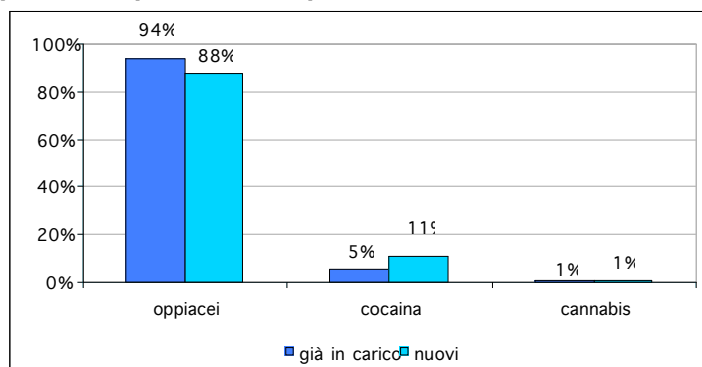
Grafico 6.34: Distribuzione percentuale della "utenza iniettiva" per tipologia, genere e classi d'età. Anno 2007.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

Il 93% dell'utenza IDU (injecting drug user) presenta, come sostanza "primaria" un oppiaceo; segue la cocaina (6%) e la cannabis (1%). Nella distinzione per epoca di presa in carico dell'utenza, si osserva che se tra gli utilizzatori di oppiacei si rileva una maggior proporzione di utenti già in carico (94% contro 88% dei nuovi utenti), tra i consumatori problematici di cocaina assume rilevanza doppia la quota di soggetti incidenti rispetto ai prevalenti (11% contro 5%) (Grafico 6.35).

Grafico 6.35: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico dagli anni precedenti per sostanza "primaria". Anno 2007.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

È possibile descrivere alcune caratteristiche peculiari dei soggetti che hanno assunto sostanze per via iniettiva almeno una volta nella vita utilizzando un modello di regressione logistica¹⁰. Si evidenzia una probabilità di aver assunto la sostanza per via iniettiva almeno una volta nella vita quasi tripla nei soggetti di età superiore ai 35 anni rispetto ai più giovani, e doppia per gli utenti già in carico rispetto ai nuovi; ovviamente risulta significativo l'uso di oppiacei come sostanza "primaria" rispetto alla cocaina e alla cannabis, mentre non è significativa la differenza di genere.

¹⁰ Vedi Tavola 6.1 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

6.2.6 Prevalenza delle malattie infettive e loro trasmissione tramite la via iniettiva

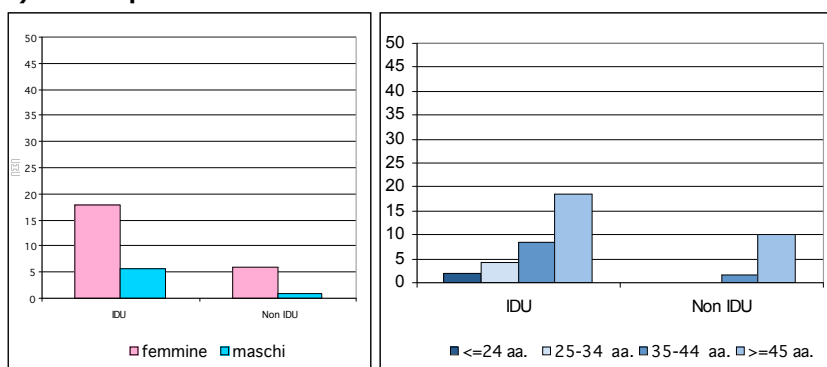
Per la stesura del presente paragrafo si fa riferimento ad uno studio trasversale condotto¹¹ in due anni, nel 2005 e nel 2007, su un campione di SerT Italiani. La popolazione in studio risulta costituita da 2.582 tossicodipendenti in trattamento presso i SerT: 1.349 nel 2005 e 1.233 nel 2007. L'83,4% degli utenti reclutati era di sesso maschile, con un'età mediana pari a 33 anni (intervallo interquartile 17-64) per le femmine e 35 anni (intervallo interquartile 18-66) per i maschi e con la classe di età tra i 35 ed i 39 anni più rappresentata¹². Circa il 74,3% dei reclutati ha fatto uso di almeno una sostanza per via iniettiva.

I dati evidenziano una generale diminuzione della prevalenza dell'HIV nel 2007 rispetto al 2005. Tuttavia, disaggregando i dati per pattern d'uso, si evidenzia una diminuzione marcata tra i tossicodipendenti che fanno uso endovenoso (IDU) ed un aumento tra i soggetti che fanno uso non endovenoso (non IDU).

Nel 2007¹³ prevalenze più alte si osservano tra i tossicodipendenti che assumono le sostanze per via iniettiva, tra gli over 45enni e tra le donne (Grafico 6.36). La differenza di genere, molto consistente, è ancora più significativa tra i soggetti che consumano sostanze per via non iniettiva (che hanno quindi contratto l'infezione verosimilmente per via sessuale).

Grafico 6.36: Positività al test sierologico per HIV. Anno 2007.

a) sinistra: per genere;
b) destra: per classi d'età.



Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

Si evidenzia, inoltre, una maggiore diffusione dell'HIV tra i tossicodipendenti con più di 15 anni di tossicodipendenza e tra i tossicodipendenti iniettivi che hanno avuto più di 20 partner sessuali nella vita; nel grafico 6.37 si riportano le percentuali di positività al test HIV relative a chi ha fatto uso di sostanze per via iniettiva ed a coloro che fanno uso non endovenoso.

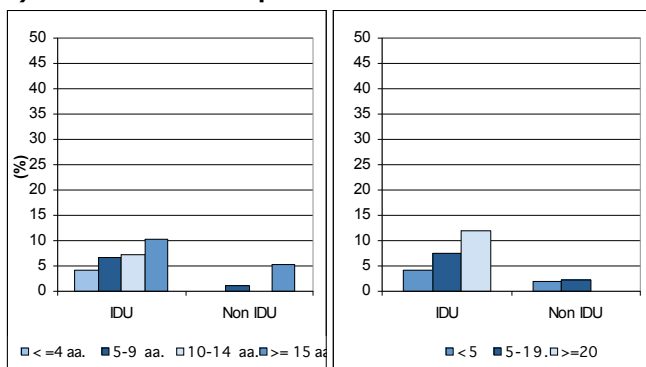
¹¹Istituto Superiore di Sanità (Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate) in collaborazione con il Ministero della Salute.

¹² Per una descrizione più specifica delle caratteristiche del campione in studio vedi Tavola 6.2 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

¹³ Per semplicità espositiva si commentano i risultati osservati solo nell'anno 2007 e relativi ad alcune specifiche variabili. Per una maggiore esaustività dei dati si rimanda alle tabelle 6.3, 6.4 e 6.5 (negli Allegati: Parte 13.2 Tabelle di lavoro della Relazione) in cui vengono riportati i risultati relativi alla sieropositività per HIV, HBV e HCV, suddivisi per anno di studio, per uso di droghe iniettive e stratificati per le variabili di interesse.

Grafico 6.37: Positività al test sierologico per HIV. Anno 2007.

a) sinistra: per anni di tossicodipendenza;
b) destra: numero di partner sessuali nella vita.

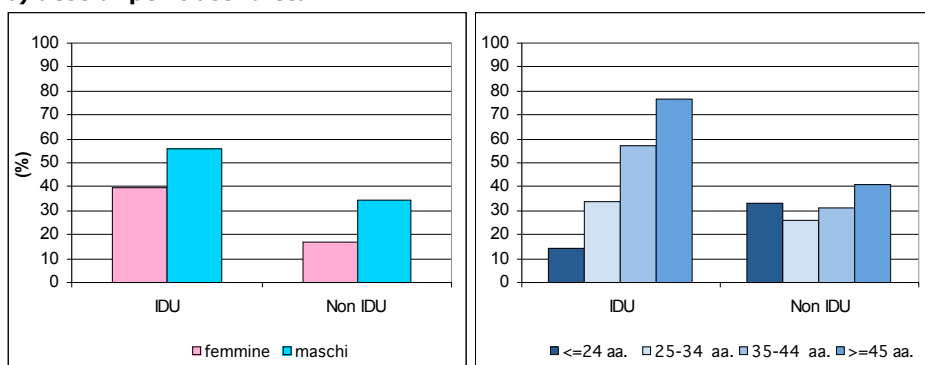


Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

Una generale diminuzione della prevalenza si osserva anche nel caso dell'HBV. Disaggregando i dati per uso iniettivo, si evidenzia una diminuzione marcata tra i tossicodipendenti che fanno uso endovenoso ed un aumento tra gli altri. Nel 2007 prevalenze più alte si osservano tra i maschi e tra i tossicodipendenti di età superiore ai 45; nel grafico 6.38 si riportano i risultati della positività al test per l'HBV relativo a chi ha fatto uso di sostanze per via iniettiva e ai consumatori per via non endovenosa rispetto a queste variabili.

Grafico 6.38: Positività al test sierologico per HBV. Anno 2007.

a) sinistra: per genere;
b) destra: per classi d'età.

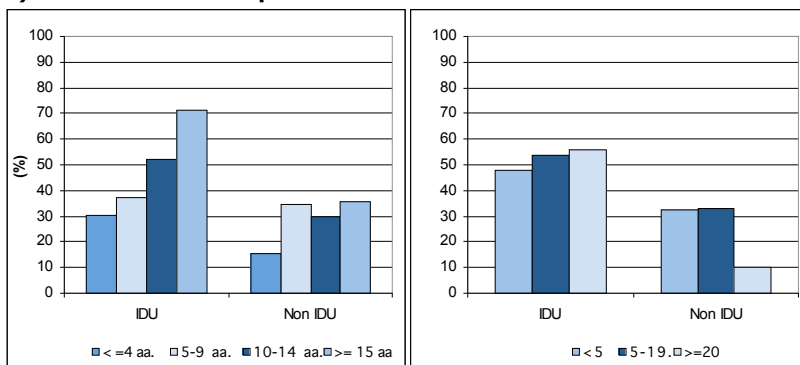


Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

La maggiore diffusione dell'HBV si rileva tra i tossicodipendenti con più di 15 anni di tossicodipendenza e tra gli IDU che hanno avuto più di 20 partner sessuali nella vita; nel grafico 6.39 si riportano i risultati della positività al test per l'HBV relativo a chi ha fatto uso di sostanze per via iniettiva e ai soggetti che hanno fatto uso non endovenoso.

Grafico 6.39: Positività al test sierologico per HBV. Anno 2007.

a) sinistra: per anni di tossicodipendenza;
b) destra: numero di partner sessuali nella vita.

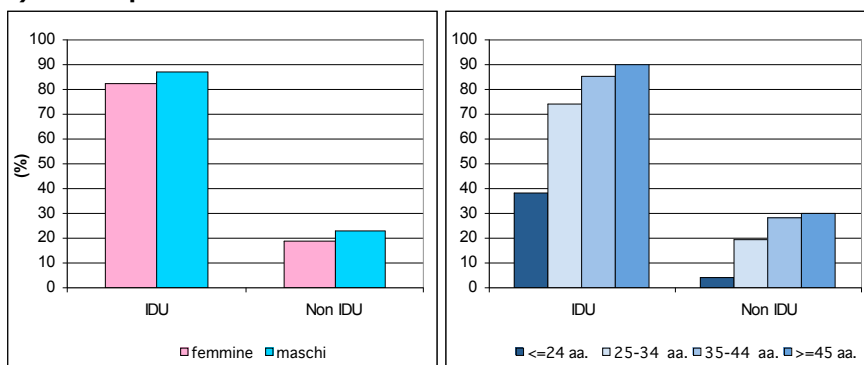


Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

Per quanto riguarda l'epatite C, la prevalenza rimane sostanzialmente stabile nei due anni. Nel 2007 si osservano valori più elevati tra gli over 24enni mentre non si evidenziano differenze di rilievo in base al genere; nel grafico 6.40 si riportano i risultati della positività al test sierologico per HCV in base al pattern d'uso della sostanza (IDU e non IDU).

Grafico 6.40: Positività al test sierologico per HCV. Anno 2007.

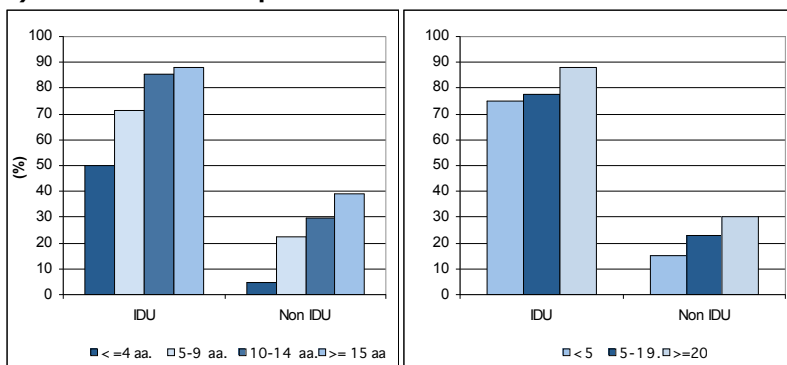
a) sinistra: per genere;
b) destra: per classi d'età.



Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

Come per le altre infezioni, prevalenze più alte di infezione da HCV si osservano tra i tossicodipendenti con un maggior numero di anni di utilizzo di sostanze e con un maggior numero di partner sessuali nella vita; nel grafico 6.41 si riportano i risultati della positività al test per l'HCV in base alla modalità d'uso della sostanza (IDU e non IDU).

Grafico 6.41: Positività al test sierologico per HCV. Anno 2007.
a) sinistra: per anni di tossicodipendenza;
b) destra: numero di partner sessuali nella vita.



Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

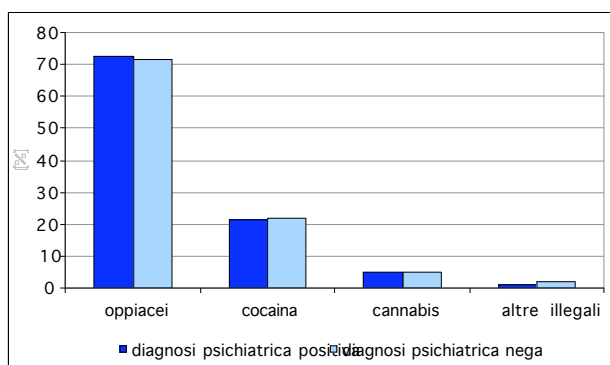
6.3 COMORBIDITÀ PSICHIATRICA: DISTURBI DI PERSONALITÀ, DEPRESSIONE, STATI D'ANSIA, DISTURBI DELL'AFFETTIVITÀ

Dalle informazioni acquisite a livello analitico, all'interno del progetto SIMI®Italia¹⁴ per i soggetti in carico nell'anno 2007, è possibile esaminare le caratteristiche dell'utenza nel sottocampione di circa 6000 soggetti in carico a quei servizi per i quali sia stata resa disponibile l'informazione in merito alla presenza concomitante di disturbi psichiatrici.

Il 22% è risultato avere una diagnosi psichiatrica positiva con una alta variabilità di tale quota tra i singoli servizi (il range varia tra un minimo pari al 13% e un massimo del 51%). Tra l'utenza comorbile, il 77% è rappresentato da maschi, l'età media è di 36 anni e non si differenzia in maniera significativa tra i sessi.

Rispetto alla sostanza "primaria" che ha determinato la richiesta di trattamento presso un SerT, il 73% degli utenti in doppia diagnosi sono associati all'uso primario di oppiacei, il 22% sono utilizzatori di cocaina e il 5% di cannabis (Grafico 6.42).

Grafico 6.42: Sostanza "primaria" per presenza o meno di diagnosi psichiatrica. Anno 2007.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

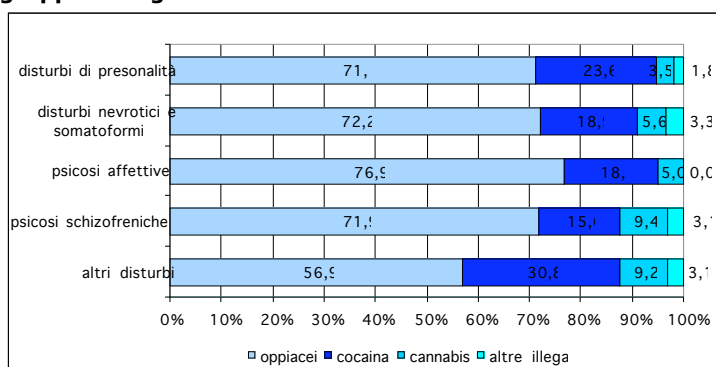
Dall'analisi della relazione tra le caratteristiche dell'utenza trattata e la presenza di comorbilità psichiatrica emerge una associazione "positiva" tra i soggetti che utilizzano altre sostanze (più di una) oltre alla "primaria". Si osserva un probabilità più che tripla per gli utenti più maturi rispetto ai più giovani (<20 anni), maggiore del 50% per le femmine rispetto ai maschi e quasi doppia per i prevalenti rispetto agli incidenti. I soggetti occupati rispetto a quelli

¹⁴ Vedi paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

economicamente non attivi, hanno una minore probabilità di presentare concomitanza di disturbo psichiatrico. Un altro fattore, associato "negativamente", risulta l'aver conseguito un livello di istruzione medio rispetto ad un alto grado di istruzione¹⁵.

Le singole diagnosi psichiatriche sono state aggregate in cinque macrogruppi, riportati nel grafico 6.43 (il gruppo degli "stati paranoidi" non è stato riportato in quanto è composto da un esiguo numero di soggetti). Il 56% dei soggetti in doppia diagnosi presenta disturbi di personalità, il 18% psicosi affettive, il 10% disturbi nevrotici e somatoformi, il 7% psicosi schizofreniche, sempre il 7% altri disturbi e l'1% stati paranoici. Gli oppiacei sono la sostanza di abuso "primaria" maggiormente presenti in tutti i gruppi di diagnosi, seguiti dalla cocaina.

Grafico 6.43: Distribuzione percentuale degli utenti comorbili per sostanza utilizzata e gruppi di diagnosi. Anno 2007.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

Il monitoraggio di questa particolare tipologia di utenza, al fine di essere il più possibile aderente alla realtà, deve comunque tenere in considerazione anche quelle evidenze che emergono dall'analisi delle informazioni rilevate nei servizi pubblici per la salute mentale. Infatti, nonostante l'organizzazione dei SerT faccia riferimento ad un assetto normativo autonomo e separato dalla psichiatria, il fenomeno della comorbidità psichiatrica si sta rivelando sempre più rilevante su entrambi i versanti, trovandosi ad impegnare i Dipartimenti per le Dipendenze nell'identificazione e nel soddisfacimento di nuove esigenze terapeutico-assistenziali ed i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) nel trattamento di un'utenza con disturbi mentali correlati all'uso di sostanze psicoattive.

Dai dati emersi dallo studio trasversale PADDI¹⁶ si osserva come la prevalenza della comorbidità psichiatrica tra gli utenti maggiorenni in carico ai DSM si attesti su valori di poco inferiori al 4%, con differenze apprezzabili rispetto alla distribuzione per macroaree geografiche: da circa il 4,4% dell'area settentrionale, al 3,3 del centro, fino al 2,6 dell'area meridionale. I soggetti che presentano comorbidità sono prevalentemente maschi, celibi e di giovane età e raramente vivono in condizioni autonome (il 20%) od hanno figli (il 33%); il 75% dell'utenza comorbile nei DSM ha completato solo la scuola dell'obbligo, solo il 25% ha una occupazione stabile, mentre circa il 20% ha avuto problemi penali, in genere per reati contro il patrimonio. Circa il 33% ha una anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici ed il 18,5% per disturbi legati all'uso di sostanze.

Rispetto ai profili di utilizzo e alle diverse sostanze d'elezione (Tabella 6.2 e Grafico 6.44) nei sottogruppi diagnostici considerati, stante comunque l'elevata quota di soggetti poliassuntori, l'abuso è il pattern che si presenta con la

¹⁵ Vedi Tavola 6.6 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

¹⁶ Studio condotto in Italia per l'anno 2005 ed a cui hanno aderito 123 DSM distribuiti sul territorio nazionale. Vedi paragrafo 10 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

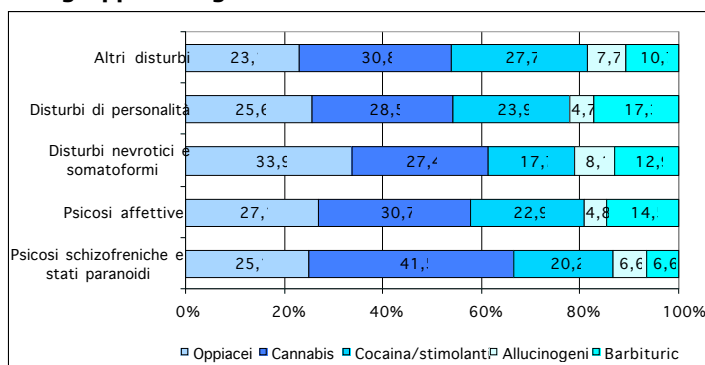
maggior frequenza mentre cannabis, oppiacei e cocaina rappresentano complessivamente l'80% delle sostanze primarie indipendentemente dal gruppo diagnostico: la composizione entro gruppi diagnostici risulta sostanzialmente uniforme tranne che per le psicosi schizofreniche per le quali prevale la cannabis ed i disturbi nevrotici per i quali prevalgono gli oppiacei.

Tabella 6.2: Distribuzione percentuale dei profili di utilizzo delle sostanze psicoattive per differenti sottogruppi diagnostici. Anno 2005.

	Psicosi schizofreniche e stati paranoidi	Psicosi affettive	Disturbi nevrotici e somatoformi	Disturbi di personalità	Altri disturbi
Uso	22,5	21,9	27,7	25,5	17,5
Abuso	52,0	49,0	41,5	49,1	45,0
Dipendenza	25,5	29,1	30,8	25,4	37,5

Studio PADDI (aggiornamento al 30 settembre 2007)

Grafico 6.44: Distribuzione percentuale degli utenti comorbili per sostanza utilizzata e sottogruppi di diagnosi. Anno 2005.



Studio PADDI (aggiornamento al 30 settembre 2007)

Le categorie diagnostiche si distribuiscono in maniera differente tra gli utenti che fanno uso e tra coloro che abusano, mentre non viene rilevata differenza statisticamente significativa nella distribuzione delle diagnosi per gli utenti con dipendenza: l'uso occasionale è più frequente nei disturbi di personalità, mentre il più severo abuso vede pari probabilità per le psicosi schizofreniche ed i disturbi di personalità.

La presenza di sindrome da dipendenza nei soggetti comorbili risulta associata positivamente¹⁷ con fattori tipici delle dipendenze patologiche quali ad esempio l'uso di oppiacei, l'aumentare dell'età, l'aver ricevuto un precedente trattamento per l'uso di sostanze, e con la residenza dei soggetti trattati: risiedere in una Regione dell'Italia meridionale raddoppia il rischio di presentare dipendenza. Si osserva inoltre una associazione negativa tra l'uso di cannabinodi e la presenza di dipendenza.

Dei soggetti comorbili in carico ai DSM poco meno della metà si è rivolto ad un servizio per problemi legati all'uso di sostanze; dall'analisi dell'associazione tra le diverse caratteristiche dell'utenza e l'aver ricevuto un trattamento da parte di un servizio per le dipendenze emerge come i fattori associati positivamente siano l'uso di sostanze illecite ad esclusione della cannabis, l'aver carichi penali pendenti, la presenza di patologie infettive, di sindrome da dipendenza e di spettro ansioso-depressivo, mentre quelli associati negativamente siano la presenza di allucinazioni e/o deliri, di disturbo di personalità o dell'umore e l'uso di alcol.

¹⁷ Vedi Tavola 6.7 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

6.4 ALTRE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

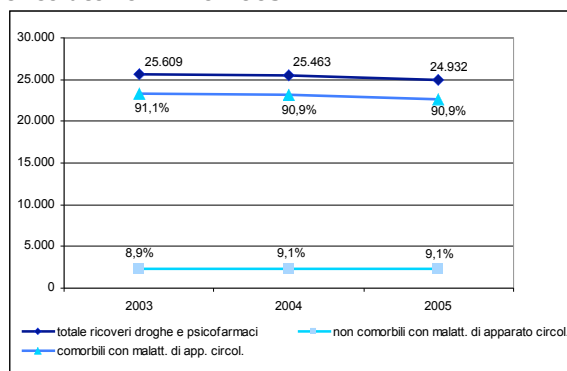
6.4.1 Comorbidità Somatica

All'interno del presente paragrafo verrà effettuata un'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) relative a pazienti che riportano diagnosi (codificata in base all'ICD9-CM) droga correlate in comorbidità con malattie attribuibili al sistema "circolatorio" e "respiratorio".

Comorbidità con malattie dell'apparato circolatorio

Nel 2005 i ricoveri droga correlati comorbili con diagnosi (principale o concomitante) relative a malattie del sistema circolatorio costituiscono circa il 9% (pari a 2.265 casi) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci (Grafico 6.45).

Grafico 6.45: Ricoveri droga correlati e condizione di comorbidità con malattie del sistema circolatorio. Anno 2005.

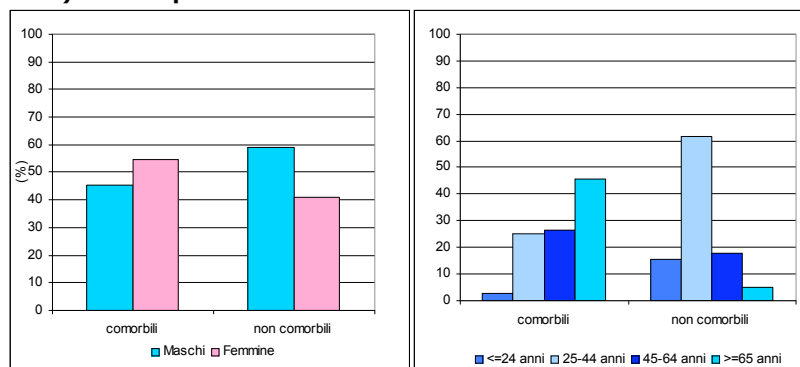


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Il confronto dei due gruppi, effettuato in base al sesso ed all'età (Grafico 6.46), evidenzia una percentuale più elevata di donne (circa 55% contro 41%) e di situazioni che hanno superato i 65 anni di età (circa 46% contro 5%) tra i comorbili per malattie dell'apparato circolatorio.

Grafico 6.46: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili e non, con malattie del sistema circolatorio. Anno 2005.

- a) sinistra: per genere;
b) destra: per classi d'età.

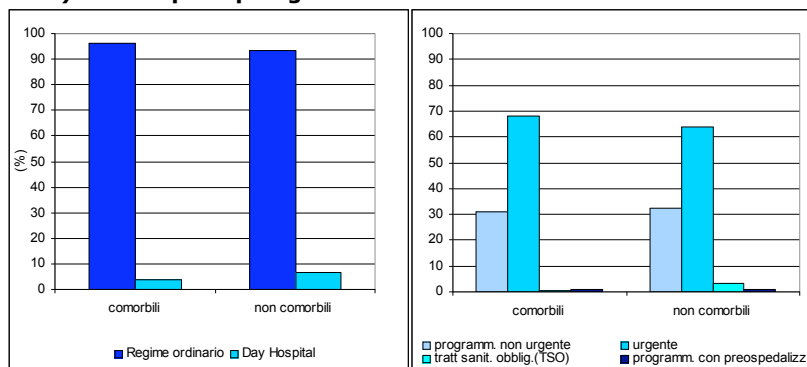


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Dall'analisi del regime e tipologia di ricovero si rileva inoltre che i ricoveri droga correlati con diagnosi associate relative a malattie del sistema circolatorio sono avvenuti in regime ordinario e sono stati a carattere urgente rispettivamente nel 96% e 68% delle situazioni a fronte di un 94% e 64% rilevati negli altri (Grafico 6.47).

Grafico 6.47: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati, comorbili e non, con malattie del sistema circolatorio. Anno 2005.

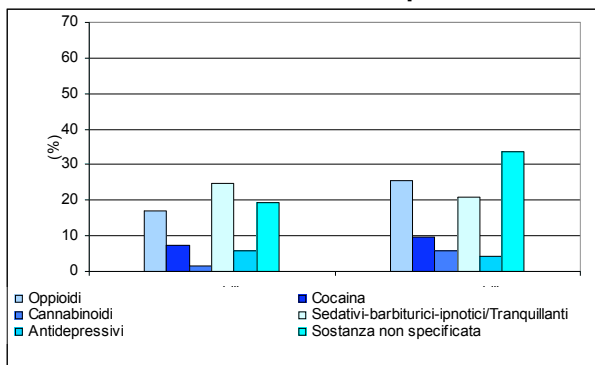
a) sinistra: per regime di ricovero;
b) destra: per tipologia di ricovero.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Grafico 6.48) evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di sedativi-barbiturici-ipnotici e tranquillanti (circa 25% contro 21%).

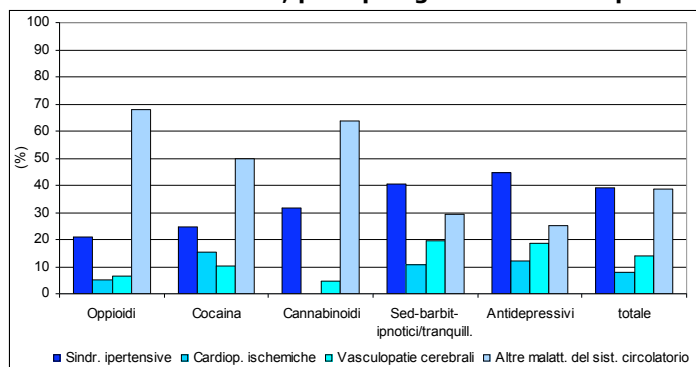
Grafico 6.48: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili e non con malattie del sistema circolatorio: per sostanza d'uso. Anno 2005.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Un'analisi più approfondita relativa alle diverse tipologie di malattie cardiocircolatorie diagnosticate tra i ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope, evidenzia la preponderanza di sindromi ipertensive (quasi 40% del totale delle patologie cardiocircolatorie); nel grafico 6.49 si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi.

Grafico 6.49: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili con malattie del sistema circolatorio; per tipologia di malattia e per sostanza d'uso. Anno 2005.

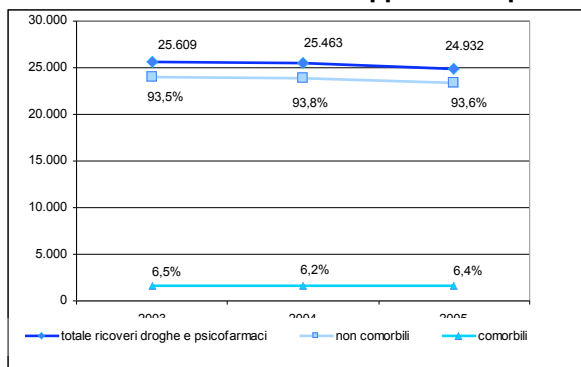


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Comorbidità con malattie dell'apparato respiratorio

Nel 2005 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi (principale o concomitante) relative a malattie del sistema respiratorio, costituiscono circa il 6% (pari a 1.600 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci.

Grafico 6.50: Ricoveri con diagnosi relativa all'uso di droghe/psicofarmaci e condizione di comorbidità con malattie dell'apparato respiratorio. Anno 2005.

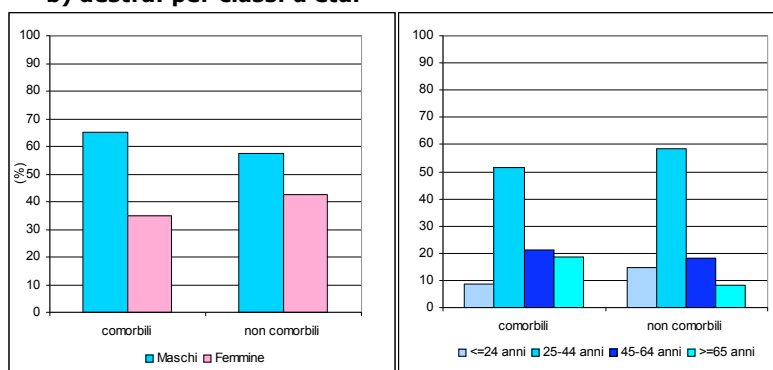


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

L'analisi del genere e dell'età (Grafico 6.51), evidenzia tra i comorbili la percentuale più elevata di maschi (circa 65%) e di ultra 65enni: circa il 18% a fronte dell'8% rilevato tra i non comorbili.

Grafico 6.51: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili e non, con malattie dell'apparato respiratorio. Anno 2005.

- a) sinistra: per genere;
b) destra: per classi d'età.

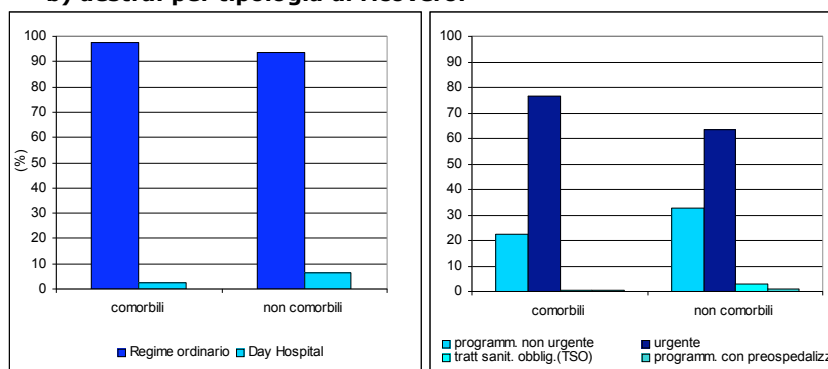


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Circa il 98% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano avvenuti in regime ordinario e quasi il 77% è a carattere urgente; tali quote scendono al 94% ed a circa il 63% tra i casi non comorbili (Grafico 6.52).

Grafico 6.52: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati, comorbili e non, con malattie dell'apparato respiratorio. Anno 2005.

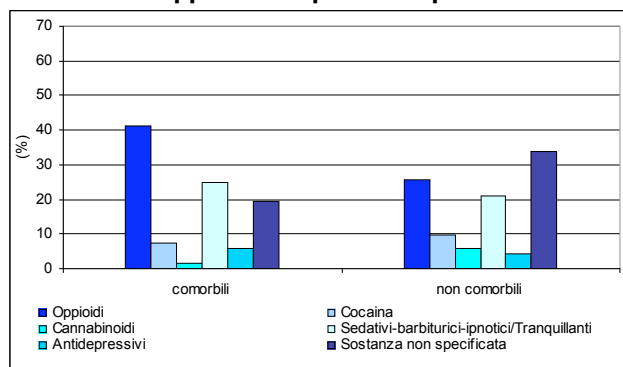
a) sinistra: per regime di ricovero;
b) destra: per tipologia di ricovero.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

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; nel grafico 6.53 si riportano le distribuzioni percentuali effettuate in base alla condizione di comorbilità.

Grafico 6.53: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili e non con malattie dell'apparato respiratorio: per sostanza d'uso. Anno 2005.

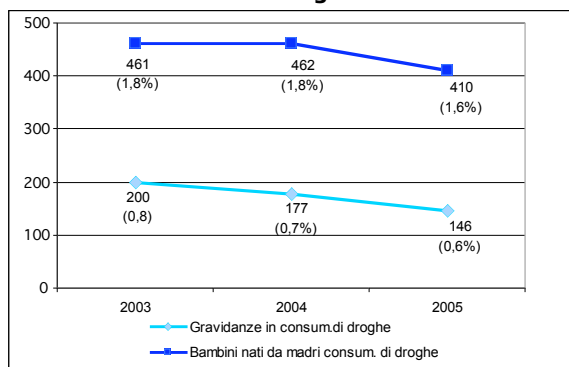


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

6.4.2 Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe

Nel presente paragrafo verrà effettuata un'analisi delle schede di dimissione ospedaliera che riportano diagnosi (codificata in base all'ICD9-CM) droga correlate relative a gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe. Nell'anno 2005 le quote di tali ricoveri sono rispettivamente pari allo 0,6% (146 ricoveri) e 1,6% (410 ricoveri) dell'intero collettivo dei ricoveri droga correlati; tali valori rimangono sostanzialmente costanti nel corso del triennio 2003-2005 (Grafico 6.54).

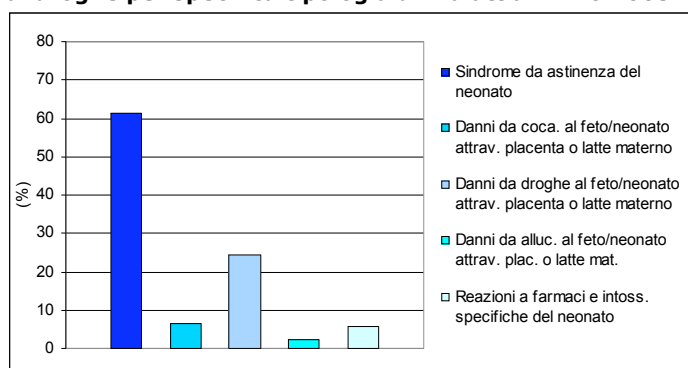
Grafico 6.54: Distribuzione ricoveri con diagnosi relativa a gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe. Anno 2005.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Un'analisi più specifica relativa alla tipologia di malattia rilevata tra le schede di dimissione ospedaliera riportanti codici relativi a bambini nati da madri consumatrici di droghe evidenzia la presenza di circa un 61% di "sindromi di astinenza del neonato" (Grafico 6.55).

Grafico 6.55: Distribuzione percentuale dei ricoveri di bambini nati da madri consumatrici di droghe per specifica tipologia di malattia. Anno 2005.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

6.4.3 Incidenti stradali¹⁸

In base a recenti dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno nel mondo circa 1.200.000 persone perdono la vita e più di 50 milioni riportano traumi in seguito ad incidenti stradali; in Europa si contano ogni anno per questa causa 127.000 decessi e 2.400.000 traumatizzati. In vista degli anni 2000, l'Unione Europea aveva sollecitato i paesi che la costituiscono a promuovere azioni di contrasto degli incidenti stradali, stabilendo tra gli obiettivi la riduzione del 50% della mortalità conseguente a questi eventi. Il nostro paese ha risposto a questo invito dell'Unione promulgando il Piano Nazionale della Sicurezza Stradale.

In Italia, le stime dell'Istituto Superiore di Sanità indicano che attualmente gli incidenti stradali determinano nell'anno circa:

- 6.000 morti a breve termine (stima ISS ottenuta normalizzando la mortalità degli incidenti stradali verbalizzati dalle FF.OO. - elaborata da

¹⁸ La presente relazione è stata curata da Franco Taggi (Reparto "Ambiente e Traumi", Dipartimento "Ambiente e connessa Prevenzione Primaria", Istituto Superiore di Sanità); hanno collaborato Teodora Macchia (Aspetti tossicologici, epidemiologici e analitici della DUI), Marco Giustizi (Aspetti epidemiologici e statistici della DUI), Ministero dei Trasporti, PolStrada, Arma CC e Regione Toscana.

ISTAT-ACI - alla differenza riscontrata nelle serie temporali tra mortalità generale nell'anno e mortalità verbalizzata);

- 15.000 invalidi gravi (stima prodotta dall'ISS in base ad indagini condotte in collaborazione con diversi IRCCS per la riabilitazione);
- 120.000 ricoverati (stima ottenuta dall'ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, mediante analisi delle SDO - Schede di Dimissione Ospedaliera);
- più di 1.000.000 di accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero (stima conservativa dell'ISS, prodotta con le Regioni Lazio e Toscana in base ai dati rilevati nei locali Centri di Pronto Soccorso).

Dall'analisi dei dati disponibili sugli incidenti stradali si evince, tra l'altro, che:

- il rapporto maschi/femmine è circa 3.5 a 1 nei deceduti e circa 2 a 1 nei soggetti ricoverati;
- circa un decesso su tre riguarda soggetti con meno di trenta anni di età;
- in certe classi di età si muore prevalentemente per incidenti stradali: ad esempio, tra i diciottenni deceduti, più della metà muore per incidente stradale;
- l'incidente stradale risulta essere la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni di età;
- l'incidente stradale è causa primaria della disabilità traumatica grave dei giovani;
- l'invalidità grave che si osserva deriva in gran parte da trauma cranico.

In relazione al veicolo degli infortunati, circa la metà delle morti riguarda conducenti e trasportati in automobile, più del 25% utenti di moto e ciclomotori, il 5,2% ciclisti, il 4,2% soggetti su mezzi pesanti ed il 2,6% su altri mezzi. I pedoni contribuiscono a questo quadro con il 12,5%.

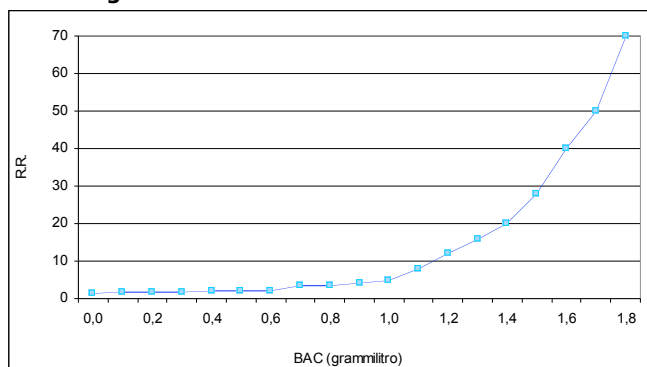
Va sottolineato che attualmente in Italia le morti delle due ruote motorizzate stanno aumentando in modo progressivo.

I costi sociosanitari degli incidenti stradali sono elevatissimi: tra le varie stime citiamo quella prodotta da ISTAT e ACI per il 2002 (la più organica e completa), che si attestava a ridosso dei 34 miliardi di euro/anno, ovvero intorno al 2,7% del PIL di quell'anno.

I fattori di rischio che favoriscono l'accadimento degli incidenti stradali sono molteplici. Tra questi, la guida sotto l'influenza di alcol e/o altre sostanze psicoattive riveste un ruolo di particolare importanza, sia nella genesi di questi eventi sia per le loro conseguenze.

Che l'uso di alcol, droghe e molti farmaci sia uno dei principali problemi per la sicurezza stradale è noto da molto tempo. Già negli anni '70 l'OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - produsse un rapporto in cui venivano presentate le evidenze scientifiche disponibili all'epoca. In tale rapporto veniva messo in luce, in termini definitivi, non solo che si era in presenza di un importante fattore di rischio per la sicurezza stradale, ma anche come il rischio evidenziato aumentasse rapidamente con l'aumentare della concentrazione delle sostanze in questione nel sangue del conducente. Un esempio concreto di questo effetto non lineare è evidenziato nel grafico 6.56, che mostra l'andamento del rischio relativo di provocare un incidente stradale grave o mortale in funzione dell'alcolemia del conducente (sulle ascisse la concentrazione ematica di alcol è indicata con BAC, acronimo di Blood Alcohol Concentration, e l'unità di misura è in grammi/litro, ovvero grammi di etanolo per litro di sangue del soggetto). Si osservi come il rischio relativo cresca molto più rapidamente di quanto non cresca l'alcolemia, in modo pressoché esponenziale.

Grafico 6.56: Andamento del rischio relativo di rendersi responsabili di un incidente stradale grave o mortale in funzione dell'alcolemia del conducente.



Fonte: ISS (Dip. Ambiente e connessa Prevenzione Primaria)

Come si può osservare, fino ad un'alcolemia di 0.4-0.5 g/l, il rischio relativo - indicato in ordinata - è intorno ad 1 (il che vuol dire che chi ha assunto alcol in quella misura ha la stessa probabilità di un conducente sobrio di rendersi responsabile di incidente); appena sopra 0.5 g/l questo rischio sale circa a 2, una probabilità doppia; a 1 g/l - il doppio di 0.5 g/l - il rischio sale fino a 6-8 volte; a 1.5 g/l (3 volte 0.5 g/l) il rischio relativo raggiunge il valore di 30; e così via. Curve di questo tipo, in relazione all'alcolemia, sono state prodotte da numerosi studi, recenti e meno recenti e, pur essendoci una certa variazione tra le diverse curve, l'aumento rapido, non lineare, del rischio relativo con l'aumentare dell'alcolemia del conducente è sempre stato messo in chiara evidenza.