

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 Decessi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali

6.3 Malattie infettive droga correlate

- 6.3.1 Diffusione di HIV-AIDS
- 6.3.2 Diffusione di Epatiti virali

6.4 Comorbidità psichiatrica

- 6.4.1 Disturbi di personalità, depressione, stati d'ansia, disturbi dell'affettività

6.5 Altre implicazioni e conseguenze per la salute

- 6.5.1 Incidenti stradali
- 6.5.2 Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe

Elementi metodologici

Studio VEdeTTe

6.1 DECESSI DROGA CORRELATI E MORTALITÀ NEI CONSUMATORI DI DROGA

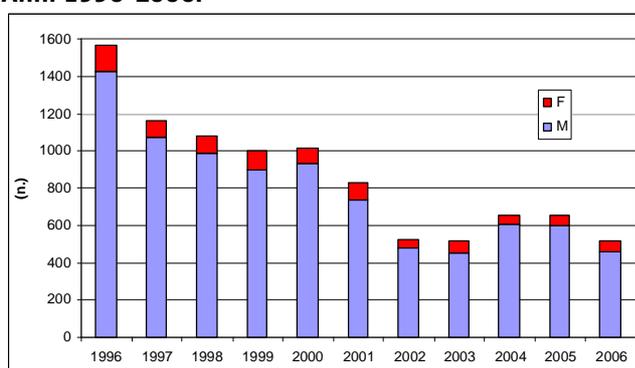
6.1.1 Decessi per overdose

I dati sui decessi correlati all'uso di sostanze psicoattive costituiscono uno dei cinque indicatori chiave rilevati dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, ai fini della formulazione, implementazione e valutazione delle linee politiche in materia di tossicodipendenze.

In base ai dati forniti dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) attraverso il Registro Speciale di Mortalità del Ministero dell'Interno, che rappresenta, seppur con alcuni limiti, la fonte più aggiornata dei dati¹, nel 2006 in Italia si sono registrati 517 decessi dovuti ad intossicazione acuta da overdose.

L'andamento temporale del fenomeno evidenzia che, dopo il picco massimo toccato nel 1996 (con 1.556 deceduti), si è registrata una progressiva diminuzione dei decessi fino al 2003 (in cui si sono contati 517 decessi) a cui ha fatto seguito una breve inversione di tendenza nel biennio 2004-2005 (con un dato annuale attestato intorno alle 650 unità) ed una nuova riduzione nel 2006, di circa il 20%, rispetto all'anno precedente².

Grafico 6.1: Trend dei decessi per overdose, secondo il sesso e l'anno di decesso. Anni 1996-2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – D.C.S.A.

Come desumibile dal Grafico 6.1, la mortalità acuta droga correlata è un fenomeno prevalentemente maschile (si contano mediamente circa 10 decessi tra gli uomini per ogni decesso tra le donne): la percentuale delle donne sul totale dei decessi, dopo aver toccato il picco massimo del 12,2% nel 2003, è passata dal 7,8% nel biennio successivo, all'11,4% nel 2006.

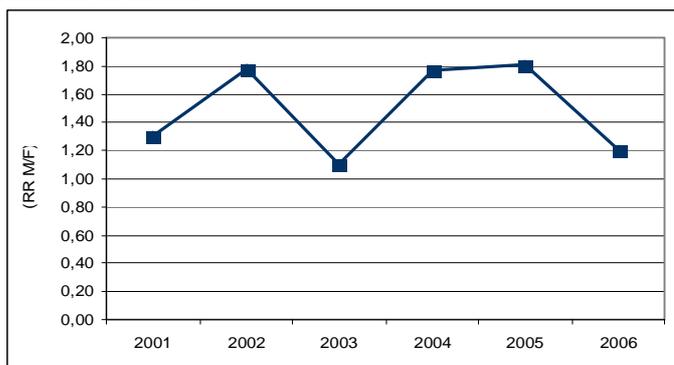
¹ Il registro Speciale di Mortalità si riferisce ai casi di decessi riconducibili (in base a circostanze e segni inequivocabili riferibili a episodi di overdose e non a seguito di esami tossicologici) direttamente al consumo di sostanze psicoattive illegali, e non comprende quindi i decessi causati indirettamente dall'assunzione di droghe (incidenti stradali attribuibili alla guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti, o decessi da parte di assuntori di droghe dovuti a complicazioni patologiche); inoltre non comprende i casi in cui non siano state coinvolte le Forze di Polizia.

Le altre fonti disponibili in Italia sono quelle del Registro Generale di Mortalità dell'Istat, in cui non si prevedono le cause di morte "indirettamente" correlate all'uso di sostanze psicoattive (come, ad esempio, incidenti stradali in cui risultano coinvolti soggetti che fanno uso di sostanze psicoattive) e gli ultimi dati disponibili sono quelli dell'anno 2002 secondo il sistema di classificazione ICD IX, e dagli Istituti di medicina legale che, seppur svolgendo indagini tossicologiche al fine di rilevare cause di morte sia direttamente che indirettamente correlate all'uso di droga, hanno una copertura parziale (le indagini tossicologiche vengono effettuate solo in seguito ad esplicita richiesta dell'Autorità Giudiziaria che può affidarle anche ad altri istituti, qualora non siano presenti sul territorio quelli di medicina legale).

² I dati sono suscettibili di ulteriori aggiornamenti.

Negli ultimi 6 anni, il rapporto tra i tassi di mortalità nei due sessi sulla popolazione stimata con uso problematico³ di sostanze (età 15-64 anni), evidenzia (Grafico 6.2) un rischio per i maschi che va dal 10% all'80% (rispettivamente RR 1,1 e 1,8) in più rispetto alle donne⁴.

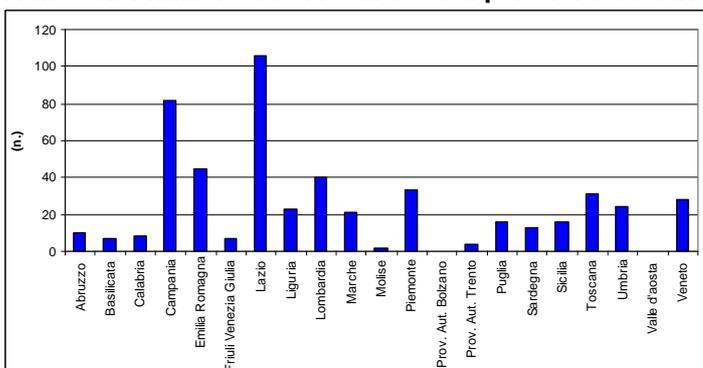
Grafico 6.2: Trend dei rischi relativi di mortalità per overdose (per genere) rispetto alla stima della popolazione con uso problematico di sostanze tra i 15 e i 64 anni. Anni 2001-2006.



Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Le Regioni che nel 2006 presentano, in termini assoluti, il numero più elevato di decessi (Grafico 6.3) sono il Lazio (106 casi, di cui il 75% nella provincia di Roma) e la Campania (82, di cui il 56% nella provincia di Napoli).

Grafico 6.3: Numero assoluto di decessi per overdose a livello regionale. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

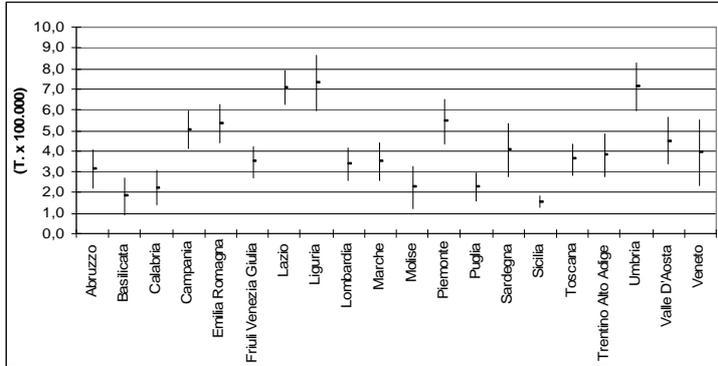
Qualora si considerino i tassi annuali di decesso sulla popolazione residente tra i 15 e i 64 anni di età nel periodo 2001-2006, le Regioni che presentano i valori medi (Grafico 6.4) più elevati sono Liguria, Lazio ed Umbria (con valori superiori a 7); seguono, senza differenze di rilievo, Piemonte, Emilia-Romagna e Campania (circa 5)⁵.

³ Su questo, si rimanda alle note metodologiche del Cap. 4.

⁴ Diversa appare la situazione se si considerano i dati rilevati dallo studio VEdette (1998-2001), in cui si evidenzia il maggiore impatto della mortalità tra l'utenza femminile rispetto a quella maschile; tali dati, che si riferiscono ad un follow up effettuato con un attivo rilevamento dello stato di esistenza in vita degli utenti in carico per eroina presso 115 SerT, connotano tale popolazione come maggiormente selezionata rispetto a quella rilevata dal flusso della DCSA, e pertanto i due dati non sono confrontabili tra loro.

⁵ I tassi registrati nelle Regioni del mezzogiorno, costantemente inferiori a quelli rilevati nelle altre zone del Paese, potrebbero essere dovuti a differenti modalità di rilevazione del dato, piuttosto che ad una reale minor mortalità così fortemente caratterizzata su base geografica.

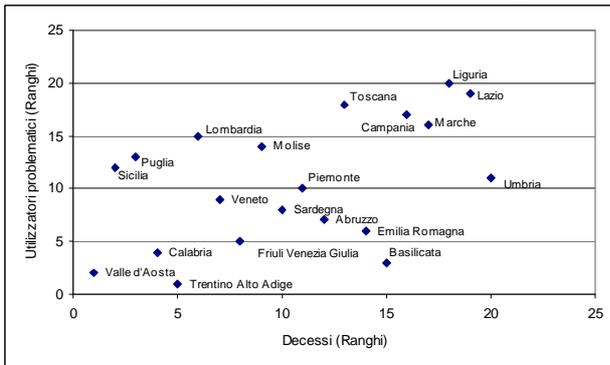
Grafico 6.4: Distribuzione regionale della media dei tassi di mortalità (2001-2006) e degli intervalli di confidenza al 95% sulla popolazione residente (15-64 anni x 100.000).



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

La classificazione delle Regioni in base ai tassi di mortalità acuta e di consumatori problematici, colloca il Lazio e la Liguria tra le aree che, rispetto alle altre, presentano coerentemente valori particolarmente elevati di entrambi i tassi, a cui seguono, con analoga coerenza, Campania e Marche. A fronte di un elevato impatto della mortalità per overdose, l'Umbria ha invece una posizione intermedia relativamente alla prevalenza stimata di utilizzatori problematici di sostanze, mentre in Toscana si rileva una situazione inversa (Grafico 6.5).

Grafico 6.5: Distribuzione regionale dei ranghi dei tassi di decesso e di utilizzatori problematici (sulla popolazione 15-64 anni). Anno 2006.

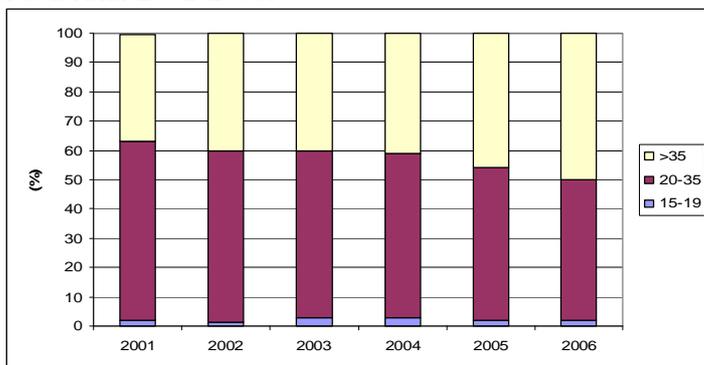


Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Dal 2001 l'età al decesso è progressivamente aumentata: se all'inizio del periodo considerato circa il 36% dei decessi era costituito da over 35enni, nel 2006 tale quota sfiora il 50%.

Relativamente costanti, invece, rimangono le morti per intossicazione acuta tra gli under 19enni che, nell'intero periodo, costituiscono circa il 2-3% dei casi (< 20 casi/anno).

Grafico 6.6: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose, secondo la classe d'età. Anni 2001-2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA

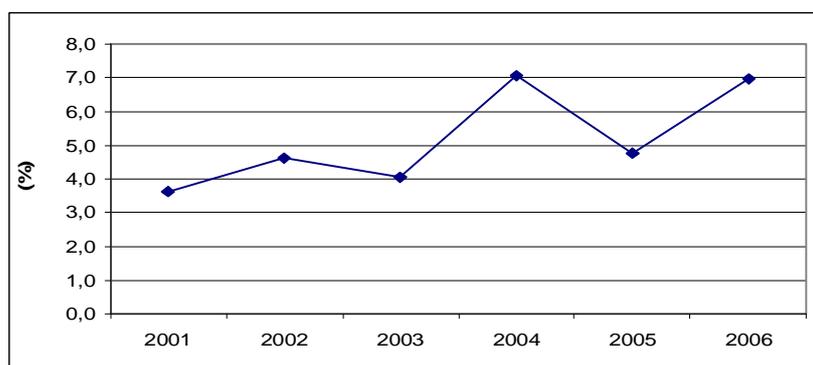
Nel 48% dei casi rilevati nel 2006 la causa di morte - che si ricorda non è basata su indagini tossicologiche ma su elementi circostanziali - non è stata riconducibile con ragionevole sicurezza ad alcuna sostanza precisa, mentre nel 41% e nel 9% dei decessi questa è stata attribuita rispettivamente all'eroina ed alla cocaina. Se l'età media al decesso è pari a 35 anni per entrambe le sostanze, nella metà dei casi i soggetti deceduti per eroina non avevano più di 35 anni, mentre quelli per cocaina non più di 32.

Dal 2001 la quota di morti attribuite ad intossicazione da eroina rimane sostanzialmente costante, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata, nello stesso lasso temporale, da circa il 2% al 9%; ciò significa, riferendosi ai dati assoluti, un incremento di circa 3 volte.

Nella metà dei casi attribuiti all'effetto di una specifica sostanza, il decesso è avvenuto presso l'abitazione; nei restanti casi, tra le overdose da eroina, il 16% è avvenuto in strada, il 10% in locali pubblici e solo il 5% in ospedale, mentre diversa distribuzione si osserva nel caso dei decessi per cocaina, avvenuti nel 7% dei casi in strada, nel 13% in locali pubblici e nel 20% in ospedale.

La quota di stranieri deceduti nel nostro paese (Grafico 6.7) è stata al di sotto del 5% in tutti gli anni, tranne nel 2004 e 2006, in cui ha raggiunto il 7% (nell'ultimo anno sono stati prevalentemente di nazionalità afferente all'area del maghreb e della Russia/est europeo).

Grafico 6.7: Distribuzione percentuale degli stranieri tra i decessi per overdose. Anni 2001-2006.



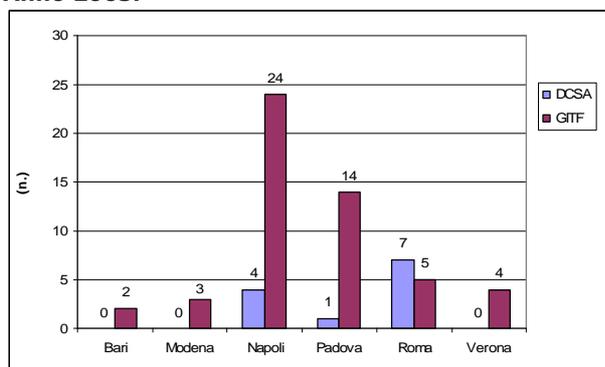
Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA

6.1.2 Decessi droga correlati

Non essendo disponibili i dati relativi alla mortalità droga-correlate ed in particolare quelli relativi a infezioni, e loro sequele croniche, neoplasie e suicidi, sono stati utilizzati gli unici dati disponibili anche se datati. Se si confrontano i dati del **Gruppo Italiano Tossicologi Forensi**, che si basano su riscontri analitico-tossicologici effettuati nei casi di decesso in cui sia stata disposta perizia medico legale da parte della magistratura, relativi a sei città italiane⁶ per l'anno 2005, con quelli della DCSA (nelle medesime città) che si basano, si ricorda, su attribuzione di sostanza in base a elementi circostanziali, si evidenzia nei dati del GITF (per causa certa) una quota del 38,5% di deceduti con meno di 30 anni, attribuiti a fronte dell'11,8% della quota dei corrispondenti soggetti rilevata dalla DCSA per causa probabile.

Nel 2005 in 5 città su 6 i casi di decesso acuto segnalati per cocaina come causa probabile, risultano di numerosità inferiore a confronto dei casi realmente accertati in modo oggettivo, talora in modo molto rilevante (a Padova 1 caso contro 14; a Napoli 4 casi contro 24); solo a Roma i dati della DCSA attribuiscono all'intossicazione acuta da cocaina 2 decessi in cui tale circostanza non è confermata dal riscontro medico-legale. (Grafico 6.8).

Grafico 6.8: Numero decessi per cocaina segnalati in 6 città nelle fonti DCSA e GITF. Anno 2005.



Elaborazione su dati DCSA del Ministero dell'interno e dati Gruppo Italiano Tossicologi Forensi

I decessi per overdose da cocaina, rilevati su elementi circostanziali dal Registro della DCSA sembrano, quindi, sottostimare in modo rilevante l'effettiva mortalità determinata dall'uso/abuso di tale sostanza.

Dai dati emersi dallo studio longitudinale prospettico⁷ VEdeTTE, volto a valutare l'efficacia degli interventi effettuati dai SerT italiani nel trattamento della tossicodipendenza da eroina nella prevenzione della mortalità per overdose e nella ritenzione in trattamento, si evidenzia che nel periodo di osservazione (in media 26 mesi), su una coorte di 10.376 tossicodipendenti⁸, si sono verificati complessivamente 190 decessi (l'80,5% è costituito da maschi ed il 19,5% da femmine).

Il 36,8% dei decessi è stato causato da overdose, seguono l'AIDS e le cause violente che rappresentano rispettivamente il 20% e il 15,8% delle cause di morte.

⁶ Bari, Modena, Napoli, Padova, Roma e Verona.

⁷ Il più grande studio osservazionale condotto in Italia, cui hanno aderito 115 SerT in 13 Regioni italiane, svoltosi tra il 1998 ed il 2001.

⁸ Di cui l'86% costituita da maschi, l'80% usa eroina per via endovenosa con una età di primo uso di 20 anni e un'età media di 31, l'8% è HIV positivo, il 12% ha una diagnosi di comorbidità psichiatrica aggiuntiva e il 41% riferisce pregressi episodi di overdose.

La coorte studiata ha, in media, un rischio di morte 10 volte quello della popolazione generale della stessa età, rischio che varia da 4 volte per i tossicodipendenti in trattamento a più di 20 volte per le persone uscite dal trattamento (SMR=3,9; IC 95%: 2,8-5,4 per le persone in trattamento e SMR=21,4; IC 95%: 16,7-27,4 per quelle fuori trattamento).

Tra i tossicodipendenti usciti dal trattamento il rischio di morte per overdose è 11 volte quello rilevato tra coloro che vi sono rimasti (HR=11,11; IC 95%: 5,29-23,35).

Il rischio di morte per overdose è più elevato nei primi 30 giorni dall'uscita dal trattamento, in seguito all'alta frequenza di ricadute nell'uso di eroina. Se il rischio di morire è pari all'1 per 1.000 durante il trattamento, nel primo mese dall'uscita questo sale a 23 per 1.000, valore che scende a 7 per 1.000 dopo più di 60 giorni dall'uscita (Tabella 6.1).

Tabella 6.1: Rischio Relativo (HR) di mortalità per overdose a diversi tempi dall'uscita dal trattamento.

	Numero di decessi N=41	Tasso per 1000 A-P	HR grezzo	HR aggiustato*	IC 95%
In trattamento	31	0,98	1	-	-
Fuori trattamento	10	10,64	10,86	11,11	5,29-23,35
<i>Tempo dall'uscita dal trattamento (giorni)</i>					
<=30	13	23,15	23,64	26,57	11,56-61,10
31-60	4	10,29	10,50	12,87	4,00-41,41
>60	14	7,13	7,28	6,40	2,76-14,82

Studio VEdeTTE

* aggiustato per età, genere, comorbidità psichiatrica, stato HIV, pregressi episodi di overdose, modalità di assunzione, durata di uso

Qualora il trattamento sia di breve durata (per esempio un breve trattamento di disintossicazione orientato all'astinenza o un qualsiasi altro tipo di trattamento interrotto prematuramente), l'effetto protettivo del trattamento viene vanificato dal notevole eccesso di morte nel primo mese successivo alla sua fine (23 per 1.000). E' stato infatti possibile stimare che l'eccesso di decessi per overdose per periodi brevi di trattamento è di circa 8 ogni 10.000 episodi di trattamento quando confrontati con un periodo di 2 mesi senza trattamento. Trattamenti di breve durata potrebbero quindi essere paradossalmente più pericolosi rispetto alla morte improvvisa da overdose dell'assenza di trattamento.

La chiave di volta della protezione dalla mortalità acuta da overdose sembra quindi essere rappresentata dalla ritenzione in trattamento.

Durante i 18 mesi di *follow-up* dello studio, nei 115 SerT partecipanti sono stati registrati 40.286 trattamenti, di cui il 28% costituito da trattamenti di mantenimento con metadone, il 27% da detossificazione con metadone, il 29% da psicoterapia, consulenza o sostegno e accompagnamento.

Il fattore predittivo più significativo della ritenzione in trattamento è il tipo di terapia, con una minor ritenzione per le terapie orientate all'astinenza, che terminano nel 50% dei casi dopo circa 100 giorni, e per le quali il rischio di abbandono è più di tre volte più alto rispetto al mantenimento con metadone ad elevati dosaggi (nei soggetti incidenti HR=3.68, IC 95%: 2.46-5.50, nei reingressi HR=3.27, IC 95%: 2.65-4.03). Il 50% degli utenti incidenti risulta ancora in trattamento dopo circa 300 giorni, sia nel caso della comunità terapeutica residenziale che del mantenimento con metadone.

Per il mantenimento con metadone, la ritenzione in trattamento è influenzata dal dosaggio del farmaco: più alta è la dose media giornaliera, maggiore è la ritenzione.

Indipendentemente dal tipo di terapia, la ritenzione risulta maggiore nei trattamenti integrati; l'assenza di una psicoterapia e, più in generale di un trattamento psicosociale associato, raddoppia il rischio di lasciare il trattamento (Tabella 6.2).

Tabella 6.2: Risultati del modello di regressione di Cox per la valutazione dei fattori predittivi della ritenzione in trattamento.

Fattori predittivi dell'interruzione del trattamento	Utenti incidenti (n= 1216)		Utenti reingressi (n= 4241)	
	Hazard Ratio	IC 95%	Hazard Ratio	IC 95%
<i>Terapia</i>				
Mantenimento con metadone >= 60 mg al giorno	1	-	1	-
Mantenimento con metadone 20-59 mg al giorno	1,43	0,95-2,17	1,41	1,14-1,75
Mantenimento con metadone <20 mg al giorno	3,22	1,94-5,34	2,33	1,76-3,09
Comunità terapeutica residenziale	0,88	0,51-1,51	1,85	1,47-2,34
Terapie orientate all'astinenza	3,68	2,46-5,50	3,27	2,65-4,03
<i>Trattamenti psico-sociali associati</i>				
sì	1	-	1	-
no	1,93	1,64-2,26	1,81	1,67-1,97
<i>Psicoterapia associata</i>				
sì	1	-	1	-
no	2,03	1,57-2,63	2,01	1,72-2,34
<i>Sesso</i>				
Donna	1	-	1	-
Uomo	1,12	0,9-1,39	0,98	0,87-1,1
<i>Età</i>				
30-66 anni	1	-	1	-
25-29 anni	1,02	0,84-1,24	1,13	1,03-1,24
18-24 anni	1,15	0,95-1,38	1,36	1,22-1,53

Studio VEdette

In conclusione, lo studio VEdette ha evidenziato l'importanza della durata del trattamento nel prevenire la morte. Rispetto alla capacità di mantenere in carico il paziente, i trattamenti presentano invece ampie differenze.

I trattamenti di mantenimento con metadone (in particolare se con dosi superiori a 60 mg al giorno e integrati da un supporto psicosociale o da una psicoterapia), rivelano la massima capacità di mantenere in trattamento. La comunità terapeutica è risultata poco inferiore al mantenimento con metadone nella ritenzione, almeno per quanto riguarda i nuovi utenti, mentre tutti gli altri trattamenti, hanno mostrato una minore capacità di ritenzione.

6.2 DECESSI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE LEGALI

Alcol

Secondo le ultime stime dell'Istituto Superiore di Sanità⁹, ogni anno in Italia circa **24.000 decessi** sono associati all'alcol e riguardano più di 17.000 uomini e circa 7.000 donne. Si evidenzia un tasso di mortalità di 35 decessi su 100.000 abitanti per i maschi e di 8,4 decessi per le donne attribuibili all'alcol.

Circa il 10% di tutti i decessi registrati nel corso di un anno (il 2002 preso come riferimento, considerati tutti i decessi di individui di età superiore ai 20 anni) sono da ritenersi morti prematuri causate dall'alcol (l'11% di tutti i decessi tra i maschi e il 5,2% tra le donne): decessi evitabili parzialmente o totalmente a fronte di un minore consumo di alcolici. Le condizioni che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol-attribuibile sono la cirrosi epatica e gli incidenti. Per i decessi da cirrosi epatica, il 47,7 % per i maschi e il 40,7% per le donne sono attribuibili all'alcol; analogamente, il 26,3% e l'11,4 % di tutti i decessi che riconoscono la causa di morte in un incidente sono alcol-correlati.

Il 5,3% di tutti i tumori maligni maschili ed il 3% di quelli femminili è attribuibile all'alcol.

Tabacco

In Italia l'Istituto Superiore di Sanità stima¹⁰ circa **80.000 decessi** attribuibili al fumo ogni anno, pari a circa il 14% di tutte le morti.

Più del 34% di tutte le cause di morte attribuibili al fumo di sigaretta colpisce soggetti di 35-69 anni. Inoltre, coloro che muoiono a causa del tabacco perdono in media 13 anni di speranza di vita.

Sono numerose le patologie associate al fumo di tabacco. La principale è il carcinoma polmonare, la patologia più temuta per chi fuma: provoca circa 30mila morti l'anno. Negli uomini il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone e nelle donne nel 55% dei casi. Nel corso degli ultimi vent'anni in Italia si è registrata una diminuzione della mortalità fra gli uomini. Un trend opposto si osserva infatti per le donne (con un'accelerazione dal 1990 per le più giovani). Nel dettaglio la mortalità maschile per tumore polmonare è diminuita di circa il 2,6% mentre quella femminile è aumentata dell'1%.

Nel 2005 sono morte più donne per tumore alla mammella (8.505 decessi) che per tumore al polmone (5.523 decessi). Ma la mortalità per carcinoma polmonare ha superato abbondantemente quella per tumore allo stomaco (3.070 decessi), divenendo la terza causa di morte nell'ambito delle patologie tumorali, dopo mammella e colon-retto.

⁹ Prodotte dal Centro OMS per la ricerca e la promozione della salute sull'alcol dell'ISS.

¹⁰ Prodotte dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'ISS

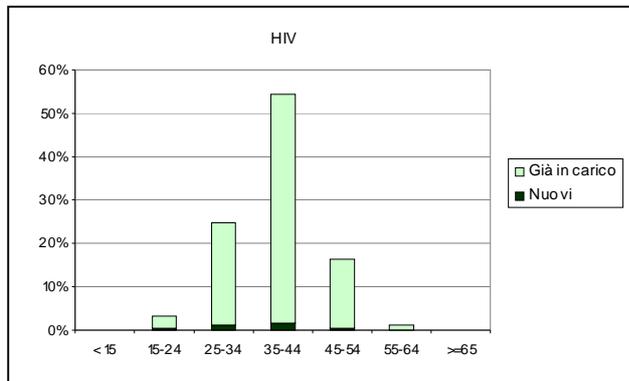
6.3 MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE

Le informazioni rilevate riguardo alla presenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze illegali rappresentano un altro degli indicatori chiave dell'Osservatorio Europeo di Lisbona; l'analisi per l'anno 2006 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 su un sottocampione di circa 6.000 soggetti trattati nei servizi coinvolti nel Progetto SIMI®Italia¹¹ per i quali è stata desumibile la positività allo specifico test sierologico.

6.3.1 Diffusione di HIV-AIDS

Nel corso del 2006 nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati testati 67.300 soggetti per individuare la presenza di infezione da HIV e di questi il 12% è risultato essere positivo. I restanti soggetti in carico che risultano non testati nel corso dell'anno, possono appartenere a soggetti, di cui la condizione sierologica all' HIV è già conosciuta come positiva o a soggetti per i quali effettivamente il test non è stato effettuato. Dei soggetti positivi l'86% è di sesso maschile e l'età media del collettivo è prossima ai 38 anni senza differenze significative tra i due sessi. Rispetto alla distribuzione per età (Grafico 6.9) la fascia maggiormente rappresentata è quella tra 35 e 44 anni, sia tra i nuovi che tra i prevalenti.

Grafico 6.9 – Distribuzione percentuale dell'utenza positiva al test HIV per tipologia di utente e classi d'età. Anno 2006.

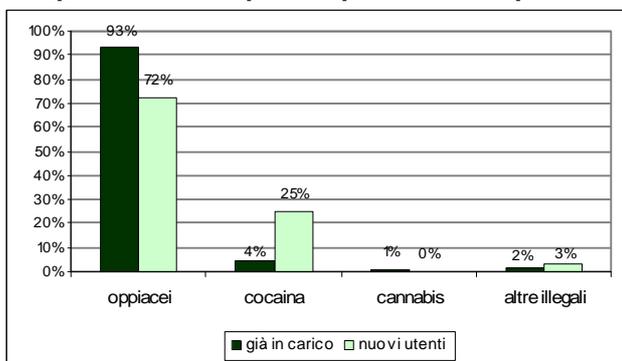


Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

L'utenza HIV positiva si distingue nella distribuzione per sostanza "primaria" rispetto all'epoca di presa in carico (Grafico 6.10); se da un lato per i soggetti già in carico e per i casi incidenti la sostanza "primaria" risulta comunque essere un oppiaceo (nel 93% dell'utenza HIV positiva già in carico e nel 72% dell'utenza HIV positiva incidente) dall'altro si osserva una elevata quota di utenza incidente in cui si rileva la cocaina come sostanza "primaria" (il 25% contro il 4% dei soggetti già in carico).

¹¹Vedi riferimento SIMI®Italia all'interno degli elementi metodologici nel capitolo 4.

Grafico 6.10 - Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti HIV positivi per sostanza "primaria". Anno 2006.



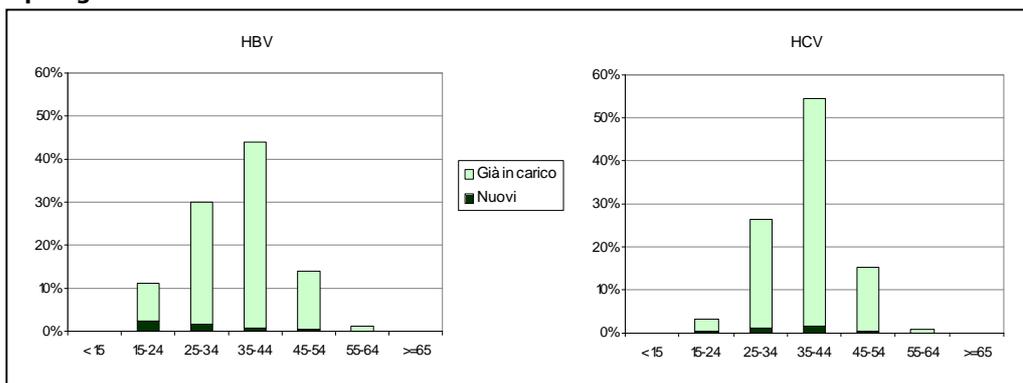
Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italiaù

6.3.2 Diffusione di Epatiti virali

Nel 2006 nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati testati 62.635 soggetti per individuare la presenza di infezione da HBV e 78.212 test per individuare la presenza di infezione da HCV e tra i soggetti testati sono risultati positivi rispettivamente il 39,5% ed il 61,9%. Nell'utenza positiva alla presenza di virus per l'epatite B o C la composizione per genere è pressochè identica (87% maschi) mentre l'età media risulta maggiore nei soggetti HCV positivi (38 anni contro i 36 dei soggetti HBV positivi) con differenze per genere al limite della significatività statistica in entrambi i gruppi: i maschi risultano in media un anno più vecchi.

Nella distribuzione per età dei due gruppi (Grafico 6.11) la classe di età maggiormente rappresentata è nuovamente quella 34-44 (circa il 44% dei soggetti HBV positivi e circa il 55% dei soggetti HCV positivi). Si osserva inoltre uno spostamento della distribuzione verso fasce di età più giovanili nei soggetti HBV positivi, nonostante l'introduzione a partire dal 1991 dell'obbligatorietà della vaccinazione per la popolazione generale: per questi circa l'11% ha un'età compresa tra i 15 ed i 24 anni e tale percentuale cala circa al 3% nei soggetti positivi al virus dell'epatite C.

Grafico 6.11 - Distribuzione percentuale dell'utenza positiva ai test HBV e HCV per tipologia di utente e classi d'età. Anno 2006.

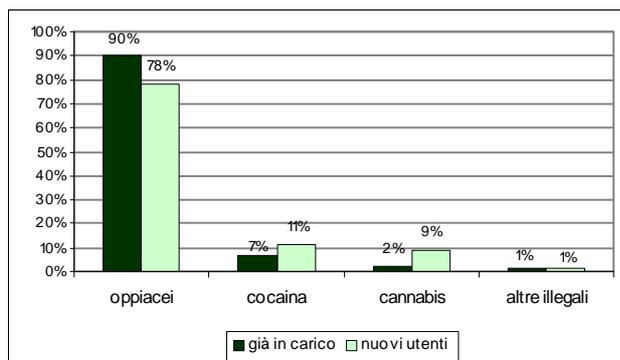


Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

Rispetto alla sostanza che ha determinato la richiesta di trattamento per l'anno 2006 (grafici 6.12 e 6.13) in entrambi i gruppi la sostanza maggiormente presente è un oppiaceo sia tra i nuovi (complessivamente poco meno dell'80%) che tra i soggetti prevalenti (nell'insieme poco più del 90%). Differenze nei due gruppi si osservano per quanto riguarda la presenza di cocaina come sostanza di abuso primaria che si distingue nei

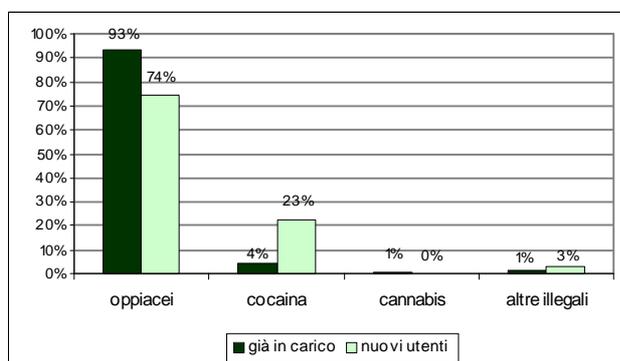
due collettivi: per i soggetti già in carico infatti è la sostanza primaria del 7% dell'utenza HBV positiva e del 4% di quella HCV, mentre nell'utenza incidente tali valori salgono rispettivamente all'11% ed al 23%.

Grafico 6.12 - Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti HBV positivi per sostanza primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

Grafico 6.13 - Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti HCV positivi per sostanza primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

6.4 COMORBIDITÀ PSICHIATRICA (DOPPIA DIAGNOSI)

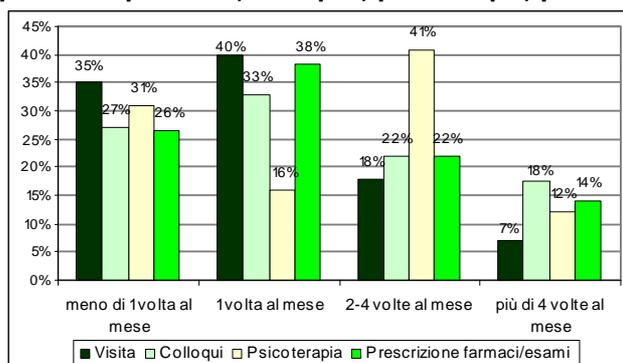
6.4.1 Disturbi di personalità, depressione, stati d'ansia, disturbi dell'affettività

La presenza concomitante di patologie psichiatriche tra i soggetti in cura per disturbi da uso di sostanze psicoattive rappresenta un aspetto del fenomeno sempre più all'attenzione del sistema di trattamento.

A livello nazionale l'80% delle Regioni ha attivato interventi di trattamento specifici per i tossicodipendenti con doppia diagnosi per i quali sia la disponibilità che l'accessibilità è valutata essere da buona a molto buona. Rispetto alle principali modalità di trattamento la più frequentemente utilizzata, in 7 Regioni su 10, è quella definita "in parallelo" per cui i problemi psichiatrici e quelli legati all'uso di sostanze sono trattati contemporaneamente ma in modo indipendente; in 6 Regioni su 10 l'approccio avviene anche "in sequenza", trattando prima un disturbo e poi l'altro. L'approccio trattamentale sostanzialmente è però integrato (nel 70% delle Regioni), ovvero effettuato nello stesso servizio o comunque in stretta collaborazione tra i servizi. Più della metà dei Dipartimenti/SerT ha una collaborazione strutturata con il Dipartimento di Salute Mentale di riferimento. Ad essi va aggiunto un altro 30% di Servizi/Dipartimenti che collaborano in modo non strutturato.

Rispetto all'intervento della figura dello psichiatra nel trattamento dell'utenza comorbile si osserva (Grafico 6.14) come nel 75% dei Dipartimenti/Servizi il paziente in doppia diagnosi incontra uno psichiatra per una visita una volta al mese o meno (nel 60% dei casi per 1 colloquio) e che nel 53% dei Dipartimenti/Servizi il paziente incontra lo specialista più di due volte al mese per una psicoterapia. Poco frequenti sono gli incontri per prescrizioni di esami o farmaci (nel 64% una volta al mese o meno).

Grafico 6.14: Frequenza mensile con la quale il paziente comorbile incontra uno psichiatra per visita, colloquio, psicoterapia, prescrizione di farmaci o esami.

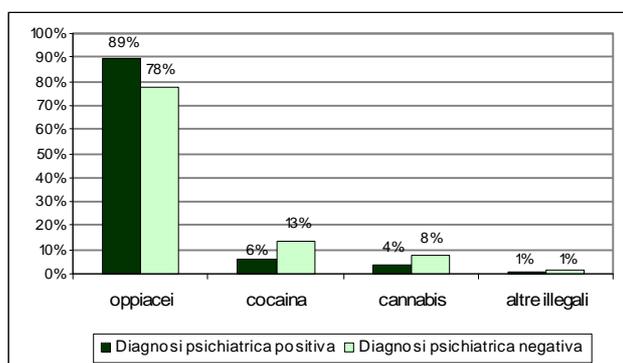


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI® Italia

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'utenza con doppia diagnosi trattata nei servizi per l'anno 2006, nel sottocampione di circa 2.000 soggetti trattati nei servizi partecipanti al progetto SIMI® Italia¹² e per i quali sia stata effettuata una diagnosi in merito alla presenza concomitante di disturbi psichiatrici, il 31% è risultato avere diagnosi "positiva" e tra questi poco più di 8 su dieci sono maschi.

L'età media dell'utenza comorbile è di poco superiore ai 35 anni, con una differenza al limite della significatività tra i due sessi (femmine 34 anni, maschi 36). Rispetto alla sostanza primaria che ha determinato il trattamento (Grafico 6.15) poco meno del 90% dei soggetti in doppia diagnosi risulta associato all'uso primario di oppiacei, circa il 6% alla cocaina e poco più del 3% alla cannabis.

Grafico 6.15: Sostanza "primaria" per presenza o meno di diagnosi psichiatrica. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

¹² Vedi riferimento SIMI® Italia all'interno degli elementi metodologici nel capitolo 4.

Dall'analisi della relazione tra le caratteristiche dell'utenza trattata e la presenza di comorbidità psichiatrica emerge una associazione "positiva" riscontrata per gli utenti più maturi, sia in termini di età che di pregressa esperienza trattamentale. La condizione occupazionale sembra essere un'altra variabile fortemente associata; rispetto ai soggetti economicamente non attivi, quelli occupati hanno una minore probabilità di presentare concomitanza di disturbo psichiatrico (OR 0,72; $p < 0,05$) al contrario per quelli disoccupati tale probabilità risulta essere significativamente maggiore (OR 1,63; $p < 0,05$). Altri fattori, associati "negativamente", risultano il convivere con un nucleo familiare diverso della famiglia di origine rispetto al vivere da solo (OR 0,67; $p < 0,05$) e la particolare sostanza che ha determinato il trattamento: rispetto agli utilizzatori primari di oppiacei per gli utilizzatori primari di cocaina la probabilità di presentare doppia diagnosi è significativamente inferiore (OR 0,49; $p < 0,05$)¹³.

6.5 ALTRE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.5.1 Incidenti stradali

Secondo le ultime stime dell'Istituto Superiore di Sanità¹⁴, in Italia muoiono attualmente ogni anno in seguito ad incidente stradale circa 6.000 persone. Per ogni morto in incidente stradale ci sono poi 2-3 invalidi molto gravi, 20 ricoverati, più di 250 accessi al Pronto Soccorso.

Il problema degli incidenti stradali coinvolge particolarmente il mondo giovanile: più di un decesso su tre riguarda soggetti con meno di 30 anni; più della metà dei ragazzi deceduti a 18 anni, muore a seguito di incidente stradale; l'incidente stradale è la prima causa di invalidità grave dei giovani. Per avere un'idea precisa di cosa questo significhi sul lungo periodo, basta pensare che dal 1970 ad oggi sono morti per incidente stradale circa 125.000 giovani (100.000 maschi e 25.000 femmine) che avevano meno di trenta anni. Accanto a questi, circa 315.000 giovani della stessa fascia di età hanno riportato in seguito all'incidente stradale invalidità di grande rilievo (in particolare per trauma cranico grave e trauma spinale).

Tra le molteplici cause di questo fenomeno, alla guida in stato di ebbrezza viene attribuito circa il 30% degli incidenti stradali gravi o mortali.

Purtroppo, l'abitudine a guidare dopo aver fatto uso rilevante di alcolici sembra piuttosto diffusa tra i giovani: negli ultimi studi nazionali svolti dall'ISS nelle scuole superiori italiane nel 2003-2005, riguardanti un campione stratificato di circa 25.000 studenti di tutto il paese, dichiarava di aver guidato in stato di ebbrezza almeno una volta nelle ultime quattro settimane il 16,9% dei diciottenni maschi e il 19,5% dei diciannovenni maschi (tra le femmine tali proporzioni erano più limitate, ma non trascurabili, rispettivamente del 2,4% e 5,2%).

Questo rischio si presenta anche nella conduzione dei veicoli a due ruote: tra gli studenti diciassettenni le proporzioni su indicate risultavano rispettivamente del 15,9% per i maschi e del 2,3% per le femmine (ONAT/ISS, dati non pubblicati). Da studi svolti su strada nel 2003 dall'ISS insieme alla Polizia Stradale (studi di carattere puramente esplorativo in quanto comprendenti conducenti fermati casualmente, ma anche conducenti fermati per fondato sospetto), si evince che la guida in stato di ebbrezza alcolica riguarda indifferentemente conducenti giovani ed adulti; nel caso dei giovani, tuttavia, l'alcol è molto spesso associato a sostanze

¹³ Vedi Tabella 6.1 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

¹⁴ Prodotte dall'Osservatorio Nazionale Ambiente e Traumi dell'ISS

d'abuso (ONAT/ISS, dati non pubblicati). La mancanza di rilevazioni sistematiche e rappresentative non consente, purtroppo, di quantificare ulteriormente il fenomeno.

Nel corso del 2006 la Polizia Stradale ha accertato circa 25 mila infrazioni per guida in stato d'ebbrezza e circa 2 mila sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (pari, rispettivamente, al 10*1.000 e 1*1.000 delle complessive accertate, in cui l'eccesso/pericolosità della velocità copre il 46% delle infrazioni registrate nell'anno).

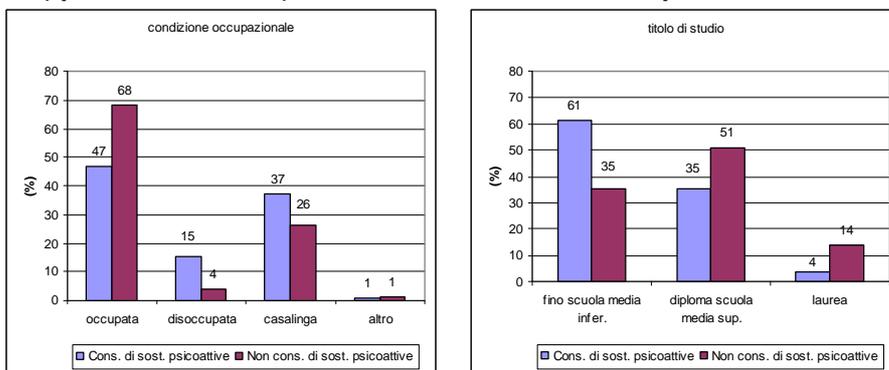
6.5.2 Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe

Le analisi effettuate all'interno del presente paragrafo si riferiscono a dati rilevati dai Certificati di assistenza al parto (Cedap¹⁵) della Regione Piemonte negli anni 2003-2005.

Delle 104.523 donne che hanno partorito in Piemonte, nel triennio di interesse, 167 facevano uso di sostanze psicoattive illegali (0.15% italiane e 0.01% straniere).

Tra le caratteristiche socio-anagrafiche che maggiormente connotano le assuntrici di sostanze psicoattive, rispetto alle non assuntrici, ritroviamo l'aver conseguito un titolo di studio che non supera la scuola dell'obbligo e una condizione lavorativa di disoccupazione (Grafico 6.16).

Grafico 6.16: Distribuzione percentuale, delle consumatrici di sostanze psicoattive e non, per titolo di studio, classi di età e condizione occupazionale.

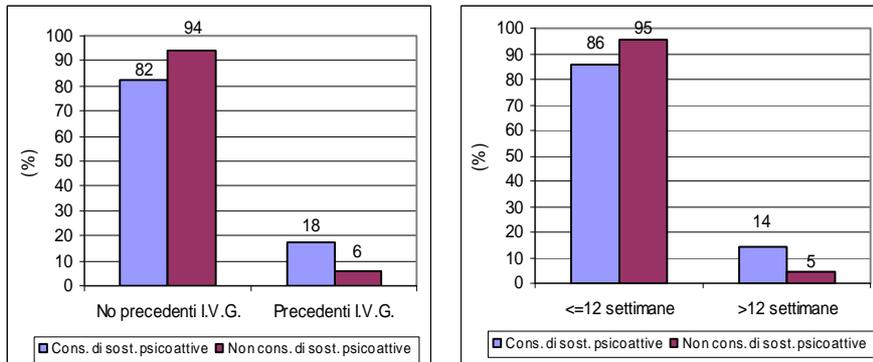


Elaborazione su dati del Servizio regionale di Epidemiologia della Regione Piemonte

Differenze significative tra i due gruppi si evidenziano anche relativamente all'uso di alcol ed al fumo di tabacco: tali abitudini caratterizzano principalmente le donne che assumono sostanze psicoattive (Grafico 6.17).

¹⁵ CEDAP – certificato di assistenza parto.

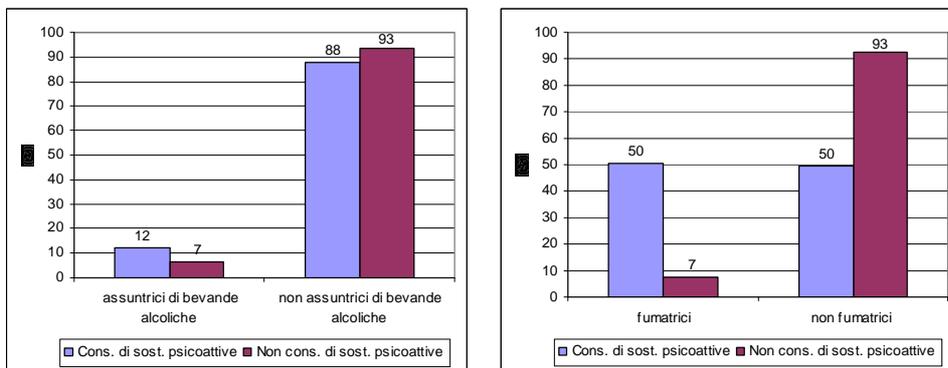
Grafico 6.17: Distribuzione percentuale delle consumatrici di sostanze psicoattive e non, effettuata in base all'abitudine al fumo e all'uso di bevande alcoliche.



Elaborazione su dati del Servizio regionale di Epidemiologia della Regione Piemonte

Tra le consumatrici si evidenzia sia una maggiore presenza di precedenti interruzioni volontarie di gravidanza che la tendenza a posticipare la prima visita ginecologica oltre il primo trimestre di gestazione (Grafico 6.18).

Grafico 6.18: Distribuzione percentuale del numero di interruzioni volontarie di gravidanza e del periodo di prima visita ginecologico-ostetrica tra le consumatrici di sostanze psicoattive e non.



Elaborazione su dati del Servizio regionale di Epidemiologia della Regione Piemonte

Tra le donne che assumono sostanze psicoattive illegali, si osservano inoltre, come per le fumatrici, quote più elevate di bambini più piccoli rispetto all'età gestazionale, con una circonferenza cranica ed un peso inferiori.

ELEMENTI METODOLOGICI

Studio VEdeTTE:

Disegno di studio: studio di coorte prospettico (www.studio-vedette.it);

Popolazione in studio: 10.454 tossicodipendenti da eroina in trattamento presso 115 SerT (settembre 1998-marzo 2001);

Strumenti di rilevazione: interviste con questionari standardizzati sulle caratteristiche socio demografiche, d'uso delle sostanze e trattamenti offerti;

Follow-up: anagrafi comunali (al marzo 2001) completo al 96%;

Classificazione cause di morte: ICD IX;

Si tratta di uno studio osservazionale, non vi è stata randomizzazione né dei centri, che sono stati selezionati in modo opportunistico, né dei pazienti ai diversi trattamenti. Il follow-up è stato condotto attraverso le anagrafi comunali. Il limite principale di questo tipo di studio consiste nella possibilità di ottenere stime distorte dell'associazione tra trattamento ed esito (mortalità e ritenzione in trattamento) a causa dell'influenza di fattori di confondimento, ad esempio caratteristiche socio-economiche e gravità della dipendenza. Per attuare un adeguato controllo del confondimento, sono state raccolte le informazioni relative a tutti i fattori di confondimento noti; tali fattori sono stati inclusi nei modelli di analisi multivariata relativi alla mortalità e alla ritenzione in trattamento.

Un altro limite riguarda la validità esterna dei risultati (generalizzabilità) poiché la coorte studiata rappresenta una parte selezionata dell'utenza dei servizi pubblici italiani. A questo proposito, è stato effettuato un confronto tra la popolazione inclusa nello studio e gli utenti trattati nei SerT nell'anno 1999 i cui risultati suggeriscono una sostanziale rappresentatività della popolazione VEdeTTE.