

CAPITOLO I.4.

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

I.4.1. Malattie infettive droga correlate

I.4.1.1 Diffusione HIV e AIDS

I.4.1.2 Diffusione di Epatite virale B

I.4.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I.4.1.4 Diffusione di Tubercolosi

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

I.4.2.1 Ricoveri droga correlati

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

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

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

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

I.4.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2010)

I.4.3. Incidenti stradali droga correlati

*I.4.31 Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli
incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.*

I.4.4. Mortalità acuta droga correlata

I.4.5. Mortalità tra i consumatori di droga

I.4. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

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

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

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

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

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

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

Incidenti stradali alcol e droga correlati

Decessi per effetti acuti

I.4.1. Malattie infettive droga correlate

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

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

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

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

Nota tecnica introduttiva

Si fa riferimento al capitolo I.3.1 per la recente introduzione del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND). In questo anno di passaggio al nuovo sistema il flusso dati, risulta ancora impreciso e a volte incompleto, per evidenti ragioni tecniche che andranno ad essere risolte nel corso del prossimo anno. Nel frattempo però, era necessario predisporre almeno una prima elaborazione dei dati provenienti dalle regioni (utilizzando contemporaneamente i flussi ANN e i flussi SIND) al fine di predisporre una stima dell'andamento delle

malattie infettive che chiaramente risulta preliminare e non definitiva ma comunque orientativa di tale andamento. Queste stime verranno rivalutate a completamento del sistema informativo e ridiscusse collegialmente con le regioni e Province Autonome al fine di ottenere indicazioni utili per il miglioramento e completamento di tale sistema e delle elaborazioni ottenibili. Abbiamo comunque ritenuto importante segnalare che i dati qui rappresentati sono preliminari, rappresentano delle stime e saranno oggetto di ulteriore rivalutazione

Trasmissione dati

In relazione alla nota tecnica introduttiva, gli indicatori sulle malattie infettive (HIV, HBV e HCV) nel 2011, sono stati calcolati utilizzando le informazioni pervenute dal Ministero della Salute mediante i flussi previsti dal D.M. 20 Settembre 1997 e dal D.M 10 giugno 2010. Alla data del 18 maggio 2012, l'adeguamento delle Regioni al flusso informativo, come fatto presente per gli utenti in trattamento, non è avvenuto su tutto il territorio nazionale, rimanendo quindi ancora in vigore il precedente flusso di dati aggregati, utilizzato anche da numerose Regioni e Province Autonome, che hanno implementato il flusso SIND, al fine di poter operare confronti di coerenza dei dati provenienti dai due flussi informativi. Nella tabella I.4.1 è rappresentato il prospetto di sintesi sulla trasmissione del flusso SIND o ANN 04, 05 e 06, del Ministero della Salute alla data del 18 maggio 2012. Per alcune Regioni non è stato possibile effettuare l'analisi sulle malattie infettive HIV, HBV e HCV per problemi o di invio parziale del flusso o di mancanza di trasmissione dei flussi. In sintesi, per l'analisi sulle malattie infettive sono pervenuti i flussi di dati:

Trasmissione dati
da parte delle
Regioni e PP.AA

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

Tabella I.4.1: Trasmissione flussi informativi per le dipendenze. Anni 2010 e 2011

Regione	Flusso informativo	Calcolo indicatori
Abruzzo	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Basilicata	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Calabria	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Campania	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Emilia Romagna	flusso informativo SIND	indicatori calcolabili
Friuli Venezia Giulia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Lazio	flusso informativo ANN e SIND	indicatori non calcolabili
Liguria	flussi informativi non trasmessi (SIND e ANN)	indicatori non calcolabili
Lombardia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Marche	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Molise	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
PA Bolzano	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
PA Trento	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Piemonte	flusso informativo SIND parziale	indicatori non calcolabili

continua

continua

Regione	Flusso informativo	Calcolo indicatori
Puglia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Sardegna	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Toscana	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Umbria	flusso informativo SIND parziale	indicatori calcolabili
Valle d'Aosta	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Veneto	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili

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

I.4.1.1 Diffusione di HIV e AIDS

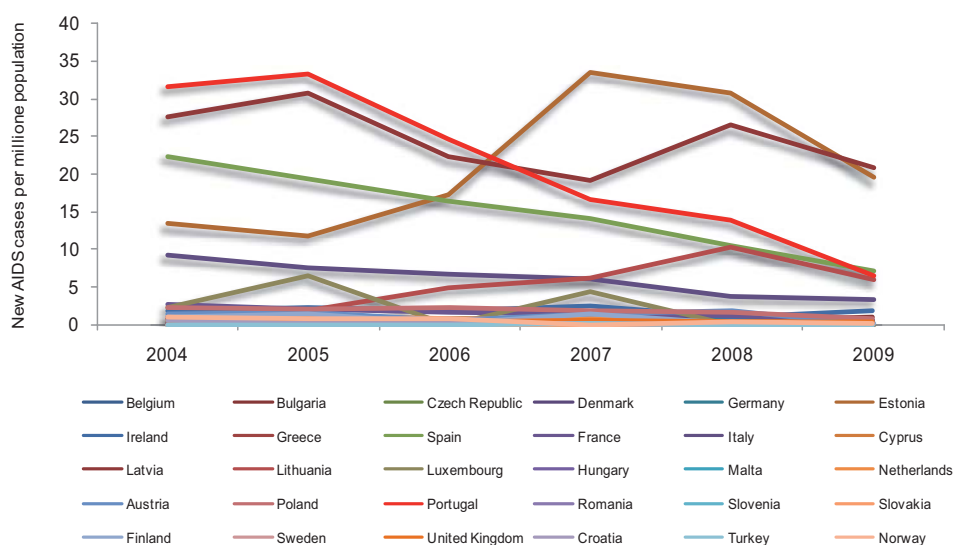
L'incidenza dell'infezione da HIV, diagnosticata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) nel 2009, indica che, in generale, il tasso di infezione sta ancora diminuendo nell'Unione Europea, dopo il picco raggiunto nel 2001 – 2002 e dovuto alle epidemie scoppiate in Estonia, Lettonia e Lituania. Questo andamento è dovuto in parte all'aumento della disponibilità delle misure di prevenzione universale, di trattamento e di prevenzione delle patologie correlate, comprese le terapie sostitutive e i programmi di scambio di aghi e di siringhe; secondo alcuni paesi incidono anche altri fattori quali il calo del consumo per via parenterale, come verificato anche in Italia.

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

Attualmente, la Lettonia è il paese con la più alta incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale con 20,8 nuovi casi stimati ogni milione di abitanti nel 2009. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Estonia, Spagna; Portogallo e Lituania; in Italia dopo i valori molto elevati ad inizio periodo, il contrasto alla diffusione dell'infezione da HIV ha consentito di ridurre notevolmente i nuovi casi di AIDS (Figura I.4.1).

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

Figura I.4.1: Tasso di incidenza (casi x 1.000.000 ab.) di casi AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via iniettiva nei Stati membri della EU. Anni 1998 - 2009



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

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

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

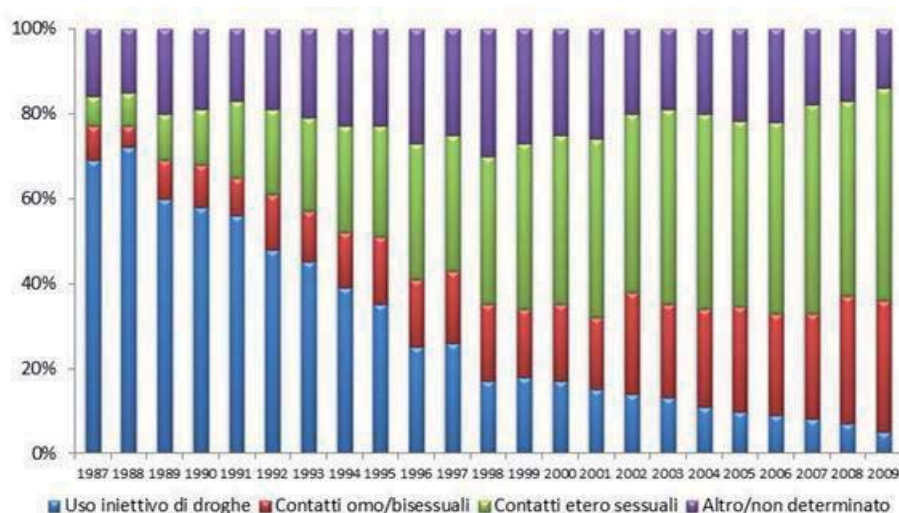
Tabella I.4.2: Andamento dei casi di AIDS diagnosticati per modalità di trasmissione fino al 2010 (valori assoluti e percentuali).

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

Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

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

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



Riduzione delle nuove infezioni da HIV per via iniettiva

Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

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

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

I dati presentati in Tabella I.4.2 relativi al test sierologico per HIV evidenziano una tendenza, ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono diminuiti di 0,7 punti percentuali (70,2% nel 2010 vs. 69,5% nel 2011), pur considerando il dato 2011 parziale in relazione all'impossibilità di calcolare l'indicatore per le regioni Lazio, Liguria, Piemonte e Umbria.

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

Tabella I.4.3: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HIV. Anno 2010 e 2011

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

continua

continua

ANNO 2010								ANNO 2011							
Regioni e PP.A.A.	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale		N	%		N.U.	G.C.	Totale		N	%	
				N	%						N	%			
⁽¹⁾ F.V.G.	3.671	335	1.399	1.734	47,2	1.937	52,8	3.371	175	1.208	1.383	41,0	1.988	59,0	+6,2
⁽³⁾ Lazio	15.424	1.332	5.571	6.903	44,8	8.521	55,2	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c
⁽⁴⁾ Liguria	7.262	134	1.001	1.135	15,6	6.127	84,4	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
⁽²⁾ Lombardia	23.625	677	2.320	2.997	12,7	20.628	87,3	20.623	1.378	3.115	4.493	21,8	16.130	78,2	-9,1
⁽¹⁾ Marche	5.679	373	1.947	2.320	40,9	3.359	59,1	4.993	292	1.709	2.001	40,1	2.992	59,9	+0,8
⁽¹⁾ Molise	1.202	181	257	438	36,4	764	63,6	1.148	134	264	398	34,7	750	65,3	+1,7
⁽¹⁾ P.A. Bolzano	760	0	24	24	3,2	736	96,8	755	0	0	0	0,0	755	100	+3,2
⁽¹⁾ P.A. Trento	1.127	35	586	621	55,1	506	44,9	1.068	17	593	610	57,1	458	42,9	-2,0
⁽³⁾ Piemonte	11.462	621	4.015	4.636	40,4	6.826	59,6	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
⁽¹⁾ Puglia	11.545	811	4.010	4.821	41,8	6.724	58,2	13.180	810	3.937	4.747	36,0	8.433	64,0	+5,8
⁽¹⁾ Sardegna	5.911	100	689	789	13,3	5.122	86,7	6.492	224	1.012	1.236	19,0	5.256	81,0	-5,7
⁽¹⁾ Sicilia	13.416	1.024	2.776	3.800	28,3	9.616	71,7	14.555	750	1.999	2.749	18,9	11.806	81,1	+9,4
⁽¹⁾ Toscana	13.965	377	1.777	2.154	15,4	11.811	84,6	14.314	305	1.617	1.922	13,4	12.392	86,6	+2,0
⁽²⁾ Umbria	3.555	73	574	647	18,2	2.908	81,8	-	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
⁽¹⁾ Valle d'Aosta	366	15	121	136	37,2	230	62,8	358	22	112	134	37,4	224	62,6	-0,2
⁽¹⁾ Veneto	14.333	905	3.585	4.490	31,3	9.843	68,7	14.276	687	3.065	3.752	26,3	10.524	73,7	+5,0
Totale	174.156	9.860	42.091	51.951	29,8	122.20	70,2	138.475	7.154	35.137	42.291	30,5	96.184	69,5	-0,7

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto

n.c.= non calcolabile

U.C.= Utenti in carico

N.U.= Nuovi Utenti

G.C.=Già in carico

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

(2) Flusso SIND (Monitoraggio HIV)

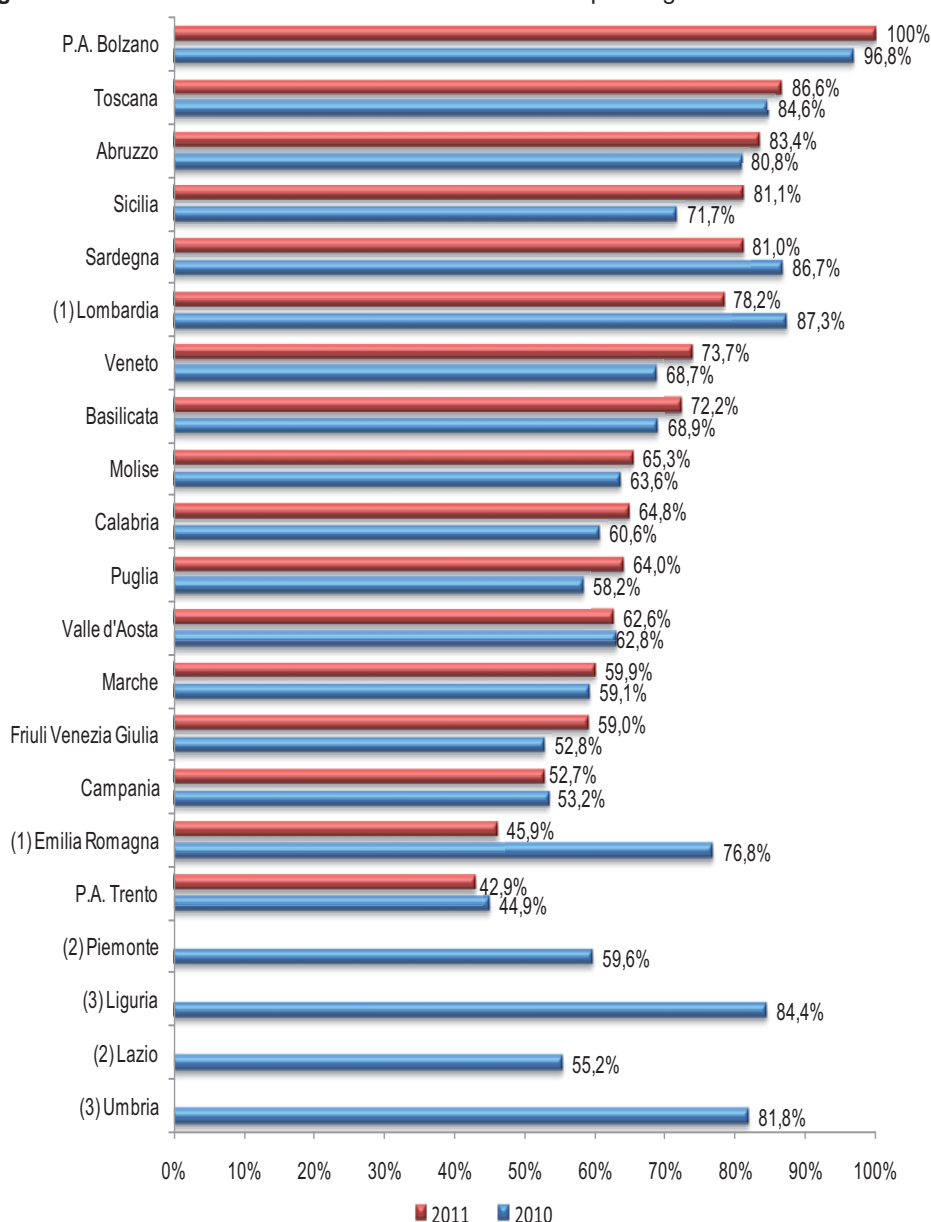
(3) Flusso informativo SID parziale (indicatore non calcolabile)

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

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

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

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



Diminuzione
soggetti non testati:
-30,9 punti
percentuali in
Emilia - Romagna
-9,1 punti
percentuali in
Lombardia

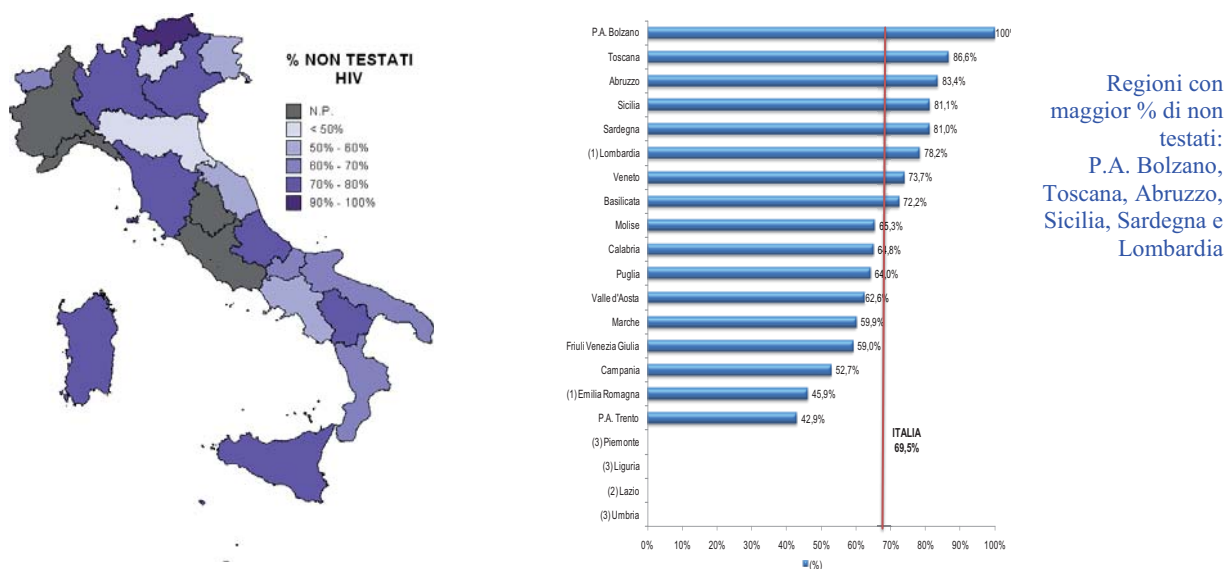
(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

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

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


(1) Flusso informativo SIND

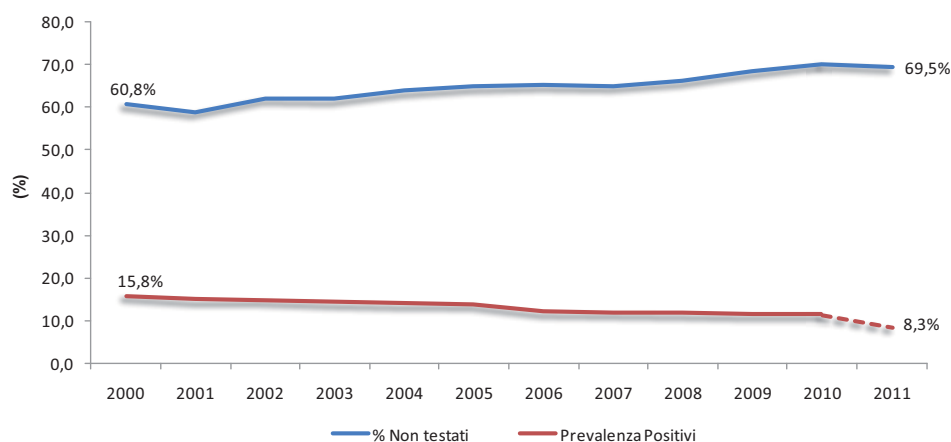
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

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

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

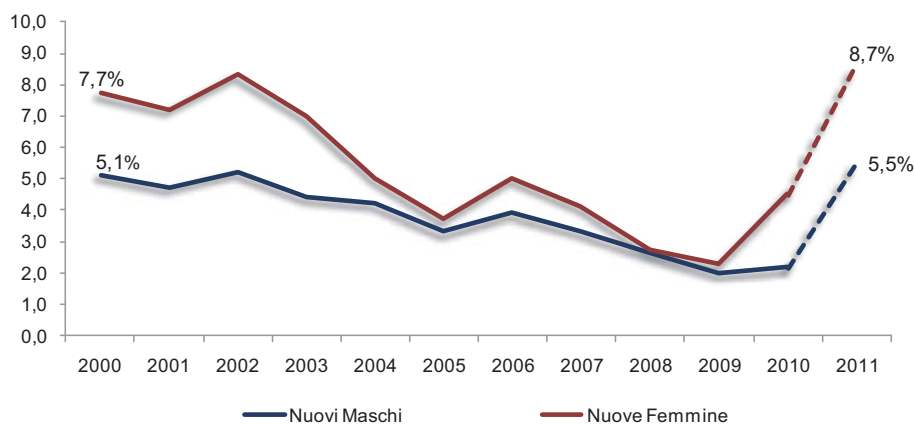
Figura I.4.5: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HIV. Anni 2000 - 2011


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

L'andamento della prevalenza HIV positivi osservato dal 2000 ad oggi, evidenzia un aumento stimato di 1 punto percentuale per la nuova utenza femminile (7,7%

nel 2000 vs. 8,7% nel 2011), accompagnato da un aumento meno sensibile dalla nuova utenza maschile (0,4 punti percentuali).

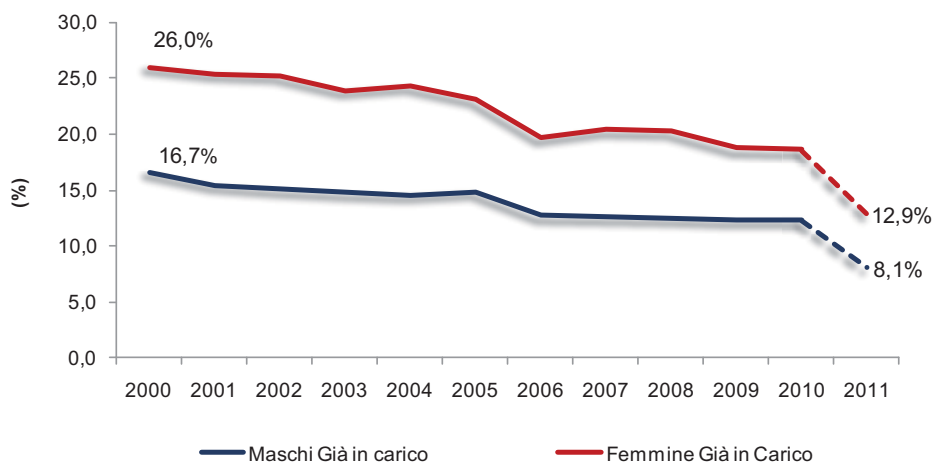
Figura I.4.6: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



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

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

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



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

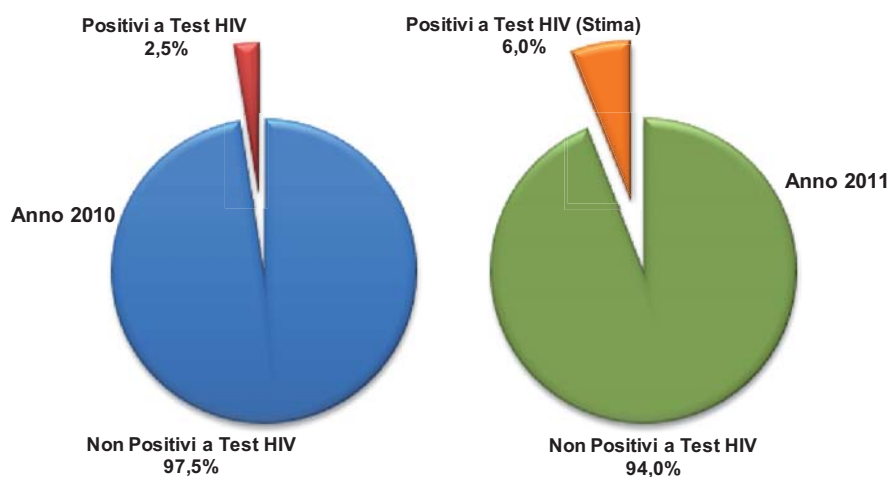
Nel complesso quindi, anche nel 2011, come già osservato nel 2010, viene confermata la tendenza all'aumento di nuovi utenti HIV positivi a fronte di una tendenza alla diminuzione tra l'utenza già nota ai servizi.

Tabella I.4.4: Prevalenza di utenti positivi secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

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

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

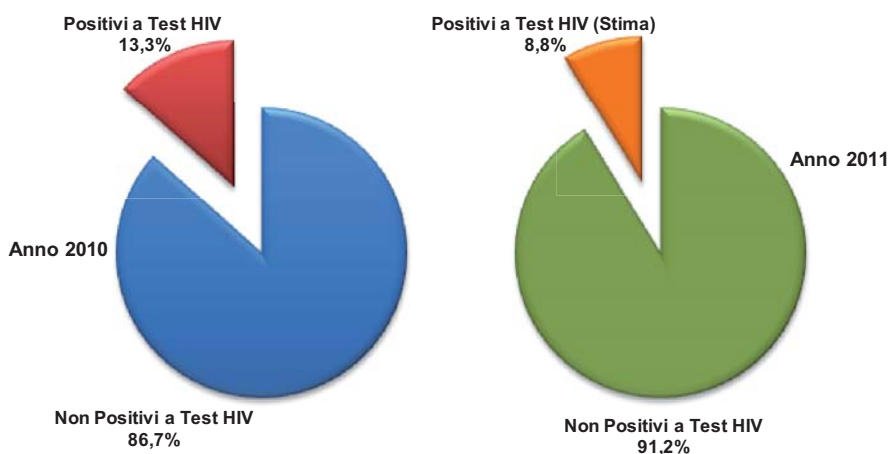
Figura I.4.8: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



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

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

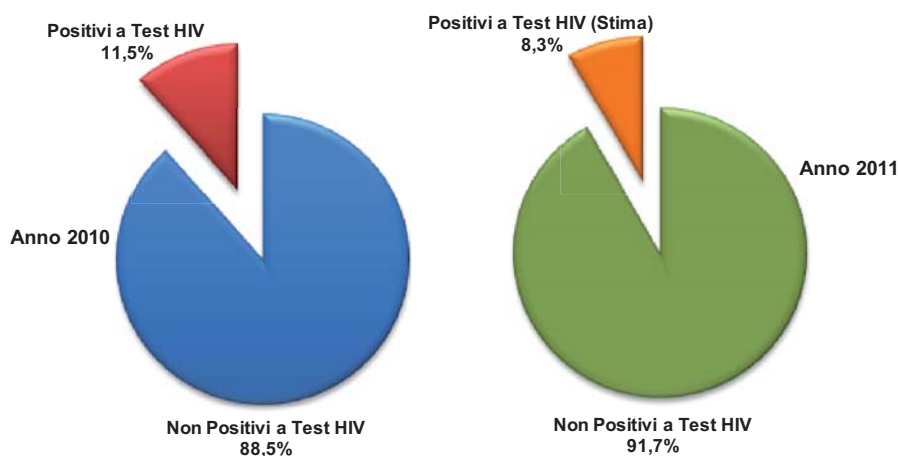
Figura I.4.9: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



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

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

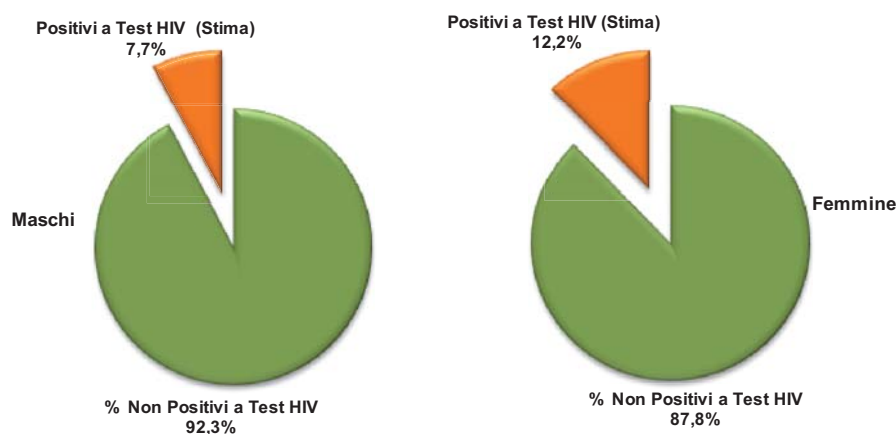
Figura I.4.10: Prevalenza su Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



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

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

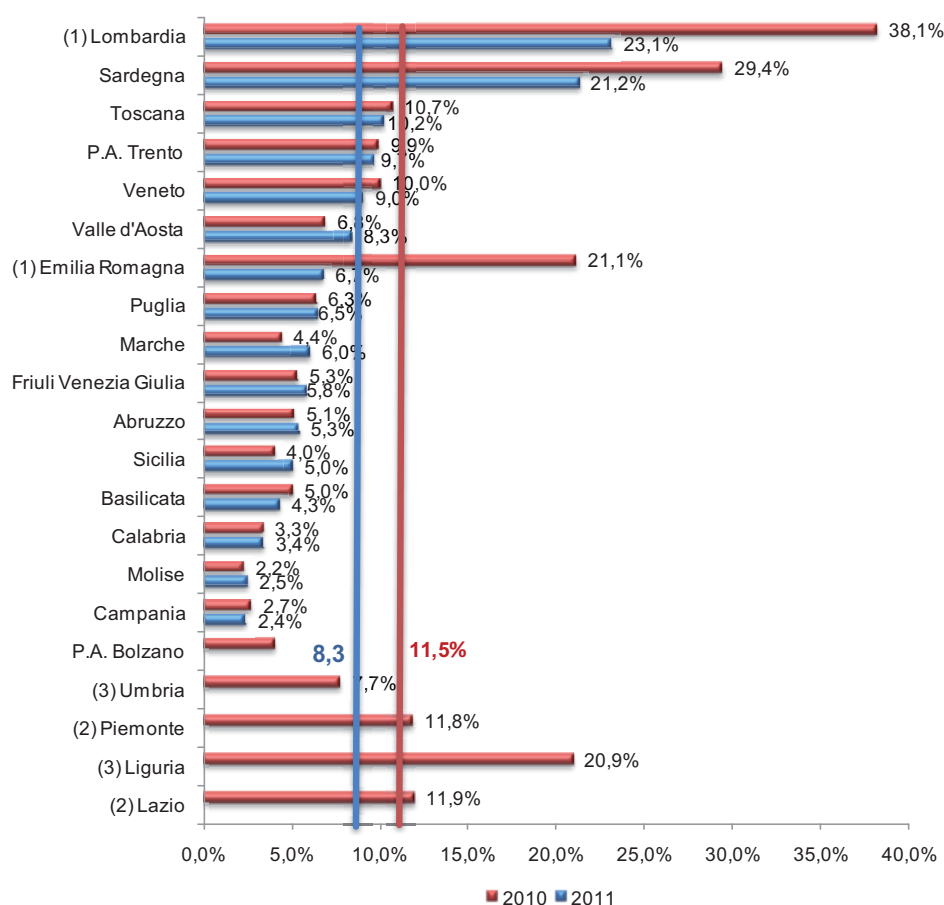
Figura I.4.11: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011



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

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

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

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


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

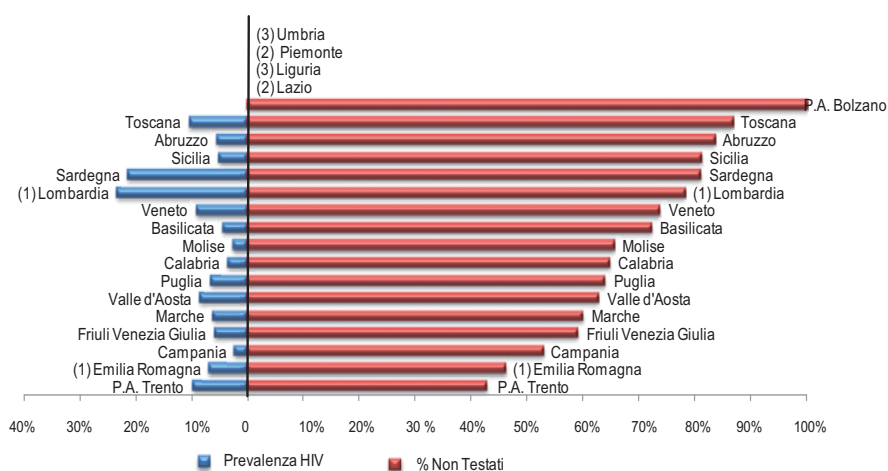
Regioni più colpite dall'HIV nei tossicodipendenti nel 2010: Lombardia, Sardegna, Emilia – Romagna, Liguria e Lazio

(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

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


Relazione tra prevalenza HIV e % degli utenti non testati

(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) di AIDS conclamato o di sieropositività per HIV sono 5,6% (pari a 1.348 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni.

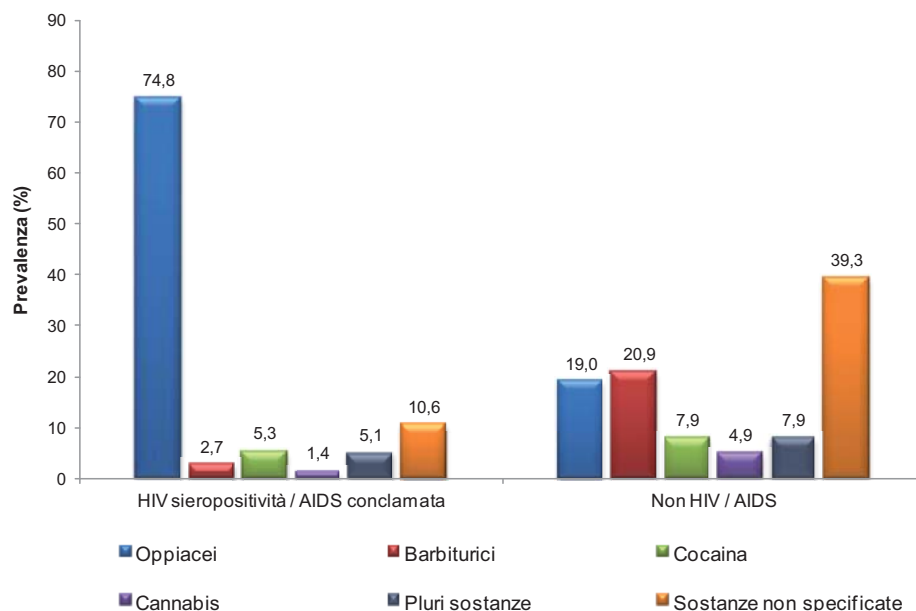
In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio 2007 - 2010, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o asintomatica, si osserva una percentuale più elevata di maschi (75,5% vs 25%,5 delle femmine) ed una più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (circa 1,2% vs il 11,5%) rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

L'analisi del regime e tipologia di ricovero evidenzia inoltre, che tra i ricoveri droga correlati con diagnosi relative anche a condizione di infezione da HIV o di AIDS si rileva una percentuale più bassa di ricoveri a carattere urgente (circa il 53,6% vs 65,4%) e di situazioni di regime ordinario (circa 83,9% vs 92%).

AIDS e infezioni da HIV

Meno urgenze più ricoveri ordinari

Figura I.4.14: Percentuale di ricoveri droga correlati per condizione di sieropositività HIV/AIDS e tipo di sostanza assunta. Anno 2010



il binomio uso iniettivo di eroina/HIV

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.4.14) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS evidenzia, tra i positivi, una quota più elevata di assuntori di oppiacei (74,8% vs il 22,3%);

I.4.1.2 Diffusione di Epatite virale B

Il fenomeno della presenza del virus da epatiti virali nella popolazione tossicodipendente è maggiormente diffuso rispetto all'infezione da HIV sia a livello europeo che a livello nazionale. Negli Stati membri della EU la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in misura ancora maggiore rispetto all'HCV, in controtendenza rispetto alla diffusione del virus in Italia, sebbene il dato nazionale si riferisca a tutta la popolazione tossicodipendente e non alla sola IDU. Per il 2004 - 2009, 4 dei 13 paesi che hanno fornito dati sugli Injecting Drug User (IDU) hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBC superiori al 5%.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

Anche relativamente alla presenza da epatite B, come per l'HIV, si osserva una tendenza a non sottoporre gli utenti in trattamenti a test sierologico HBV. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono aumentati di 0,8 punti percentuali (78,1% nel 2010 vs. 78,9% nel 2011).

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

Tabella I.4.5: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HBV. Anno 2010 e 2011

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

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto

n.c.= non calcolabile

U.C.= Utenti in carico

N.U.= Nuovi Utenti

G.C.=Già in carico

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

(2) Flusso SIND

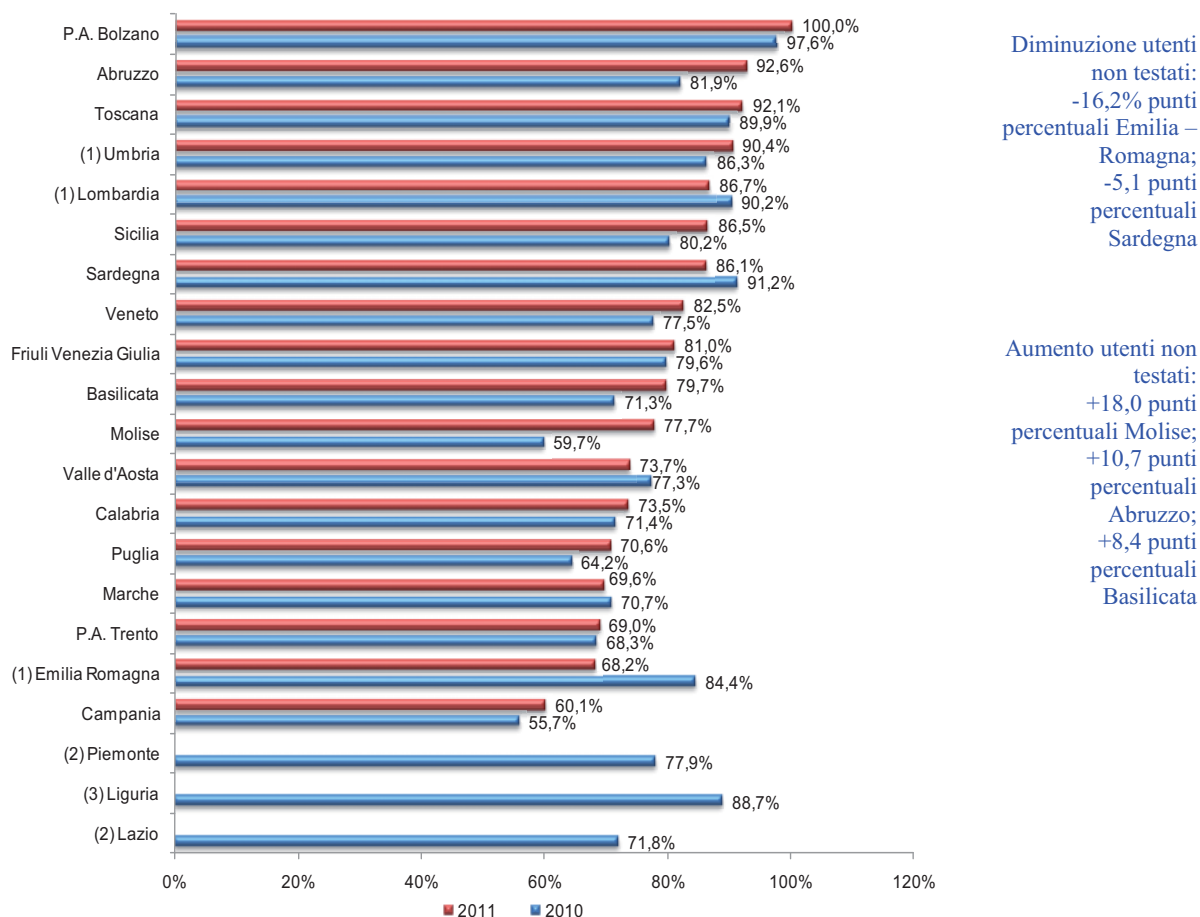
(3) Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

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

Negli ultimi due anni, a livello regionale, si osserva una forte diminuzione pari a 16,2 punti percentuali dei soggetti non testati per la Regione Emilia – Romagna (84,4% nel 2010 vs. 68,2% nel 2011), segue la Sardegna con una diminuzione di 5,1 punti percentuali di utenti non testati (92,1% nel 2010 vs. 86,1% nel 2011 ed

infine l'Umbria con un decremento di 1,1 punti percentuali (70,7% nel 2010 vs. 69,6% nel 2011). Per contro, le regioni che hanno un aumento di soggetti non testati all'epatite B sono il Molise con un incremento di soggetti non testati pari a 18 punti percentuali (59,7% nel 2010 vs. 77,7% nel 2011), l'Abruzzo con un aumento di 10,7 punti percentuali (81,9% nel 2010 vs. 92,6% nel 2011) e la Regione Basilicata con un aumento di 8,4 punti percentuali (71,3% nel 2010 vs. 79,7% nel 2011).

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



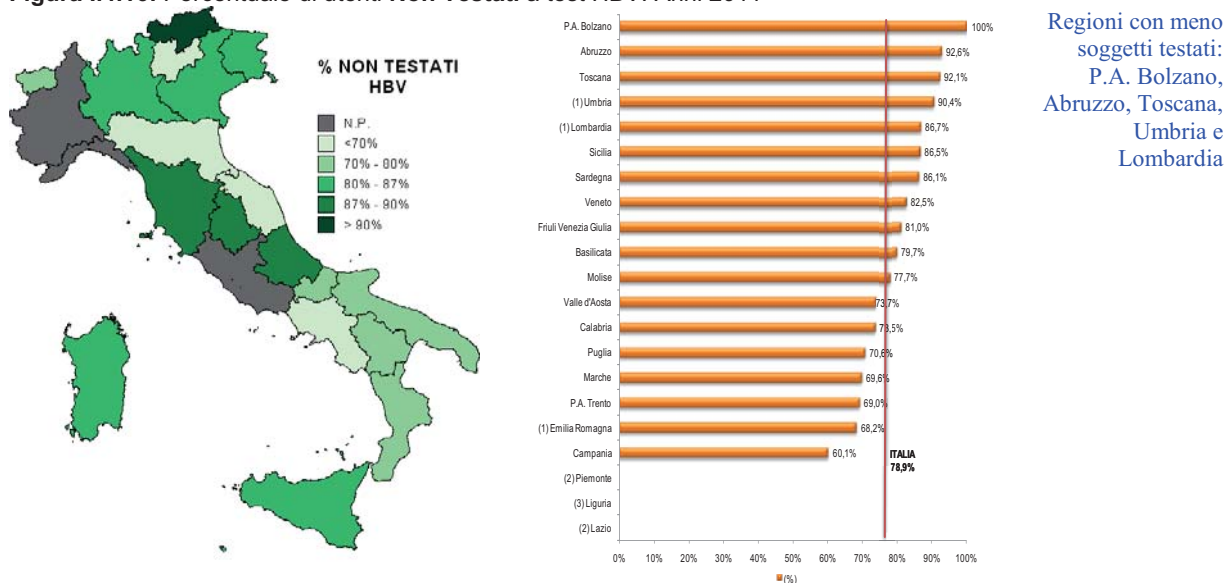
(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

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

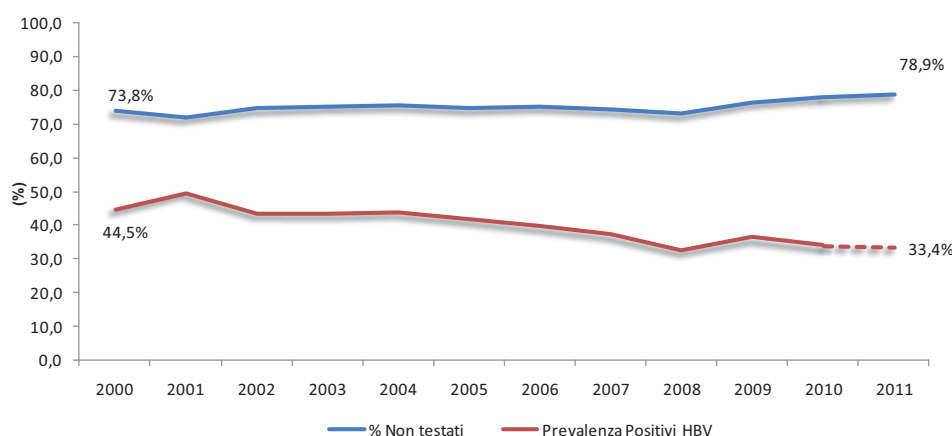
Figura I.4.16: Percentuale di utenti Non Testati a test HBV. Anni 2011


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

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

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

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

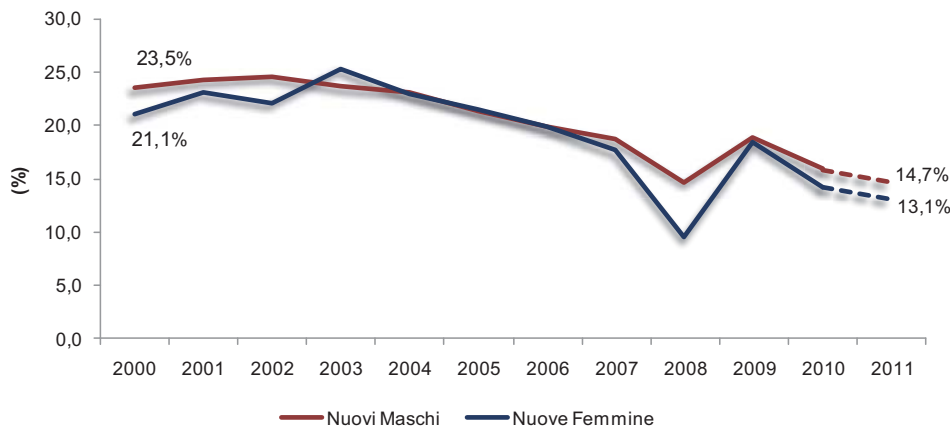
Figura I.4.17: Percentuale dei soggetti Non testati e prevalenza utenti positivi a test HBV. Anni 2000 - 2011


Aumento di circa 5
punti percentuali No
testing

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

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

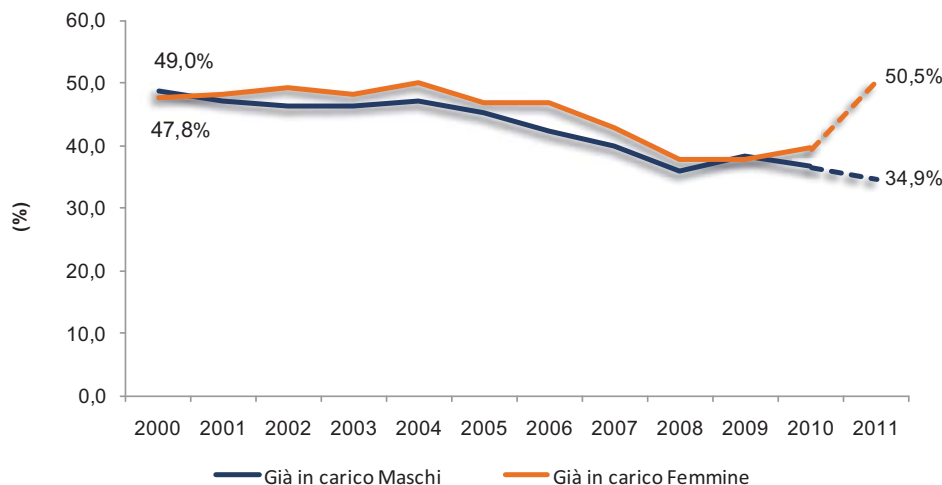
Figura I.4.18: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



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

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

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



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

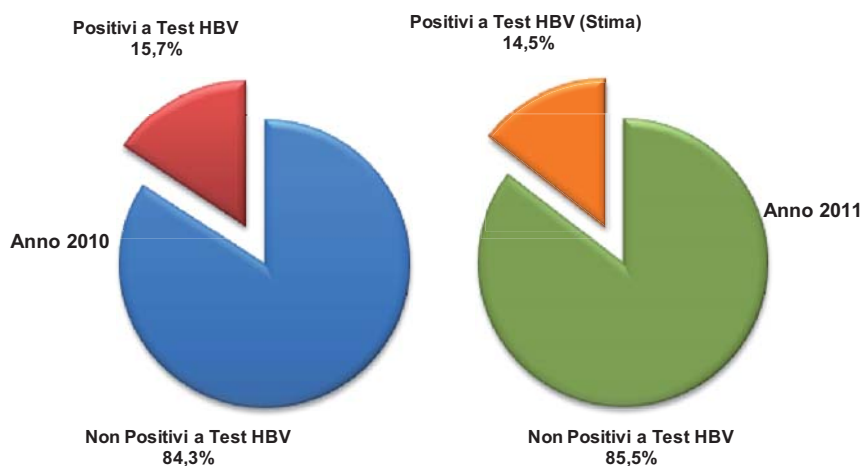
In generale l'85,9% dei soggetti risultati positivi alla epatite B nel 2011, è di genere maschile; il restante 14,1% è di genere femminile. Per gli utenti già in carico nei servizi, la percentuale di positivi HBV diminuisce di circa 0,6 punti percentuale (37,1% nel 2010 vs. stima del 36,5% nel 2011),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

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

Tabella I.4.6: Prevalenza di utenti positivi secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

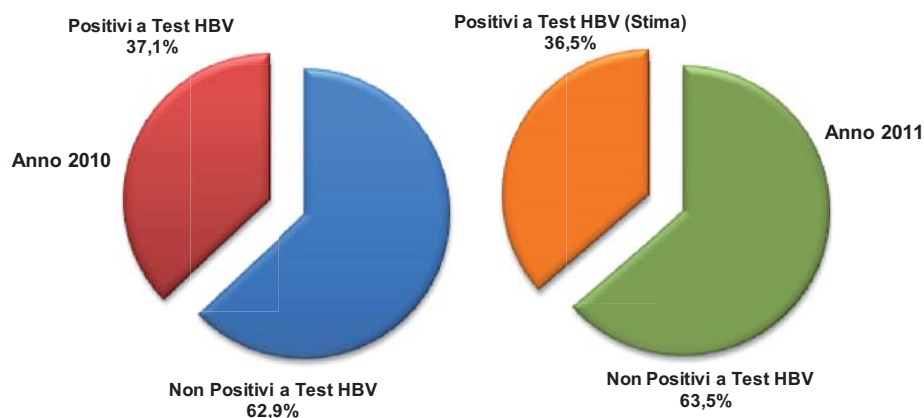
Prevalenza di positivi a test HBV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	15,9	14,7	-1,2
Femmine	14,3	13,1	-1,2
Totale	15,7	14,5	-1,2
Utenti Già in carico			
Maschi	36,8	34,9	-1,9
Femmine	39,7	50,5	10,8
Totale	37,1	36,5	-0,6
Totale			
Maschi	33,6	32,1	-1,5
Femmine	35,8	43,9	8,1
Totale	33,9	33,4	-0,5

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

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


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

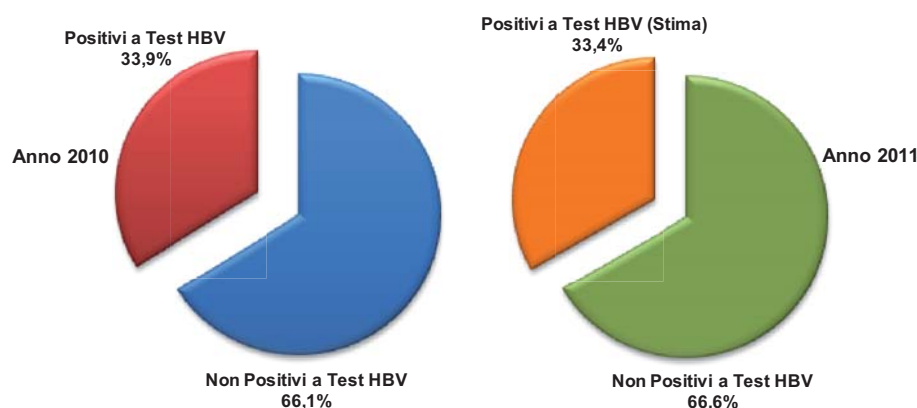
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

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


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

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

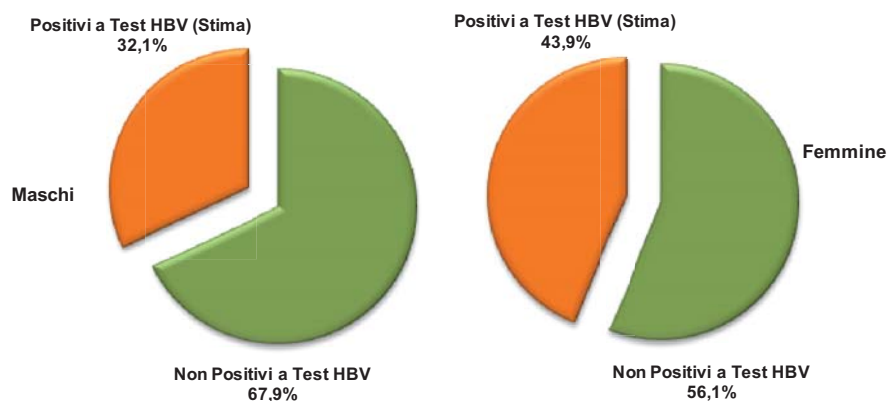
Figura I.4.22: Prevalenza su Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011



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

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

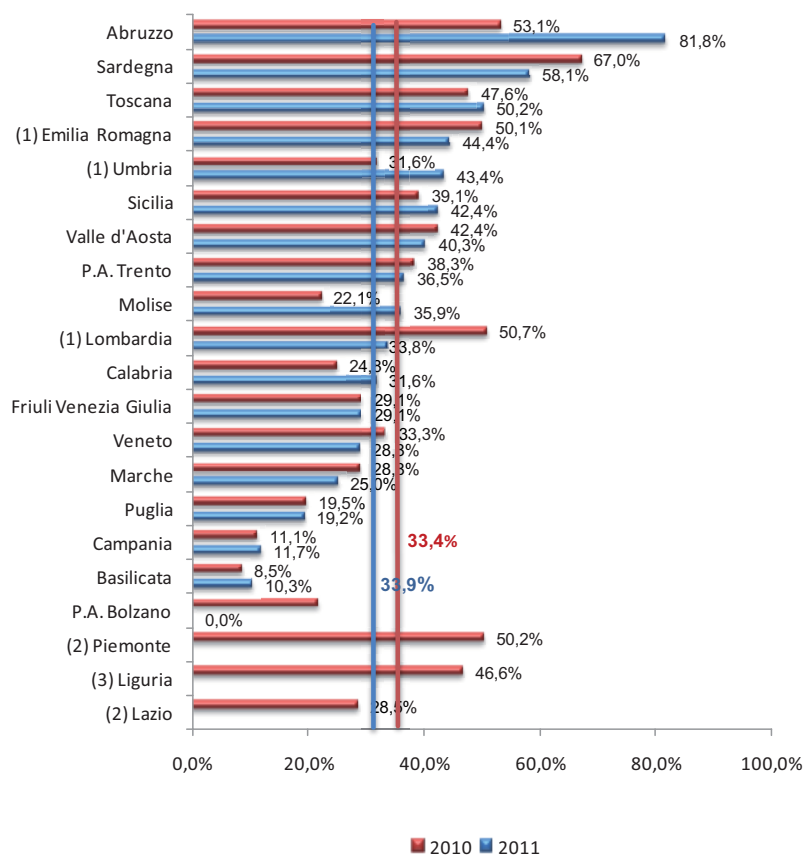
Figura I.4.23: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HBV per genere. Anno 2011



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

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

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

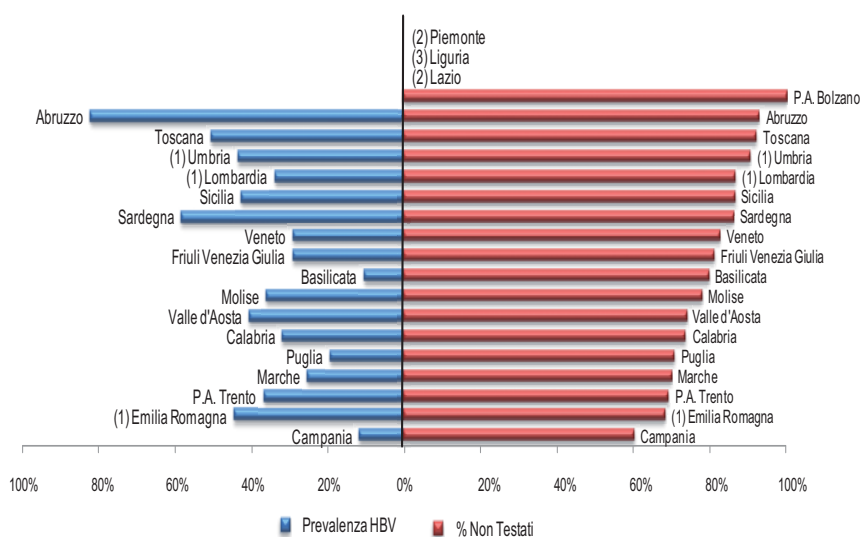
Figura I.4.24: Prevalenza utenti HBV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011


(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

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


Relazione tra
prevalenza HBV e
% utenti non testati

(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Ricoveri ospedalieri droga correlati

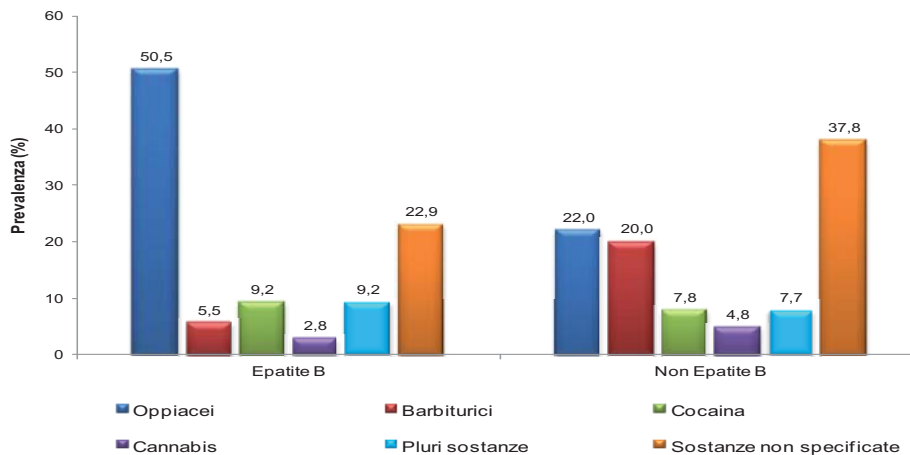
Nel 2010, tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali B sono inferiori all'1% (pari a 109 ricoveri), senza differenze rilevanti nell'ultimo triennio.

Maggiore variabilità si osserva nel corso del triennio, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HBV sintomatica o asintomatica, in relazione alla quota di ricoveri di soggetti di genere maschile (85,6% nel 2008, 78,1% nel 2009 e 81,7% nel 2010). Anche in questo caso, come detto sopra, più elevata (78% vs 45%) rispetto ai pazienti ricoverati senza tale comorbilità.

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.4.26) effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali B evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (50,5% contro 22,1%), in forte analogia con la presenza di sieropositività per HIV o AIDS conclamata.

Riduzione dei
ricoveri per
epatite B

Figura I.4.26: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali B e tipo di sostanza assunta. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.4.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I livelli di prevalenza dell'HCV osservati tra i diversi paesi europei e all'interno di uno stesso paese, sono estremamente vari, a causa sia di differenze intrinseche ai territori, sia delle caratteristiche della popolazione oggetto del campione indagato. Nel biennio 2008-2009 i livelli di anticorpi anti-HCV tra campioni di tossicodipendenti esaminati a livello europeo, variano da circa il 22% all'91%, sebbene la maggior parte dei paesi riferisce valori superiori al 40%.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze

Come per i precedenti test sierologici, anche per l'HCV, si osservava, analoga e preoccupante situazione relativamente sia alla diffusione del virus sia ai soggetti non testati nell'anno. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono diminuiti di 3 punti percentuali (88,9% nel 2010 vs. 83,4% nel 2011).

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

Tabella I.4.7: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HCV. Anno 2010 e 2011

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

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto

n.c.= non calcolabile

U.C.= Utenti in carico

N.U.= Nuovi Utenti

G.C.=Già in carico

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

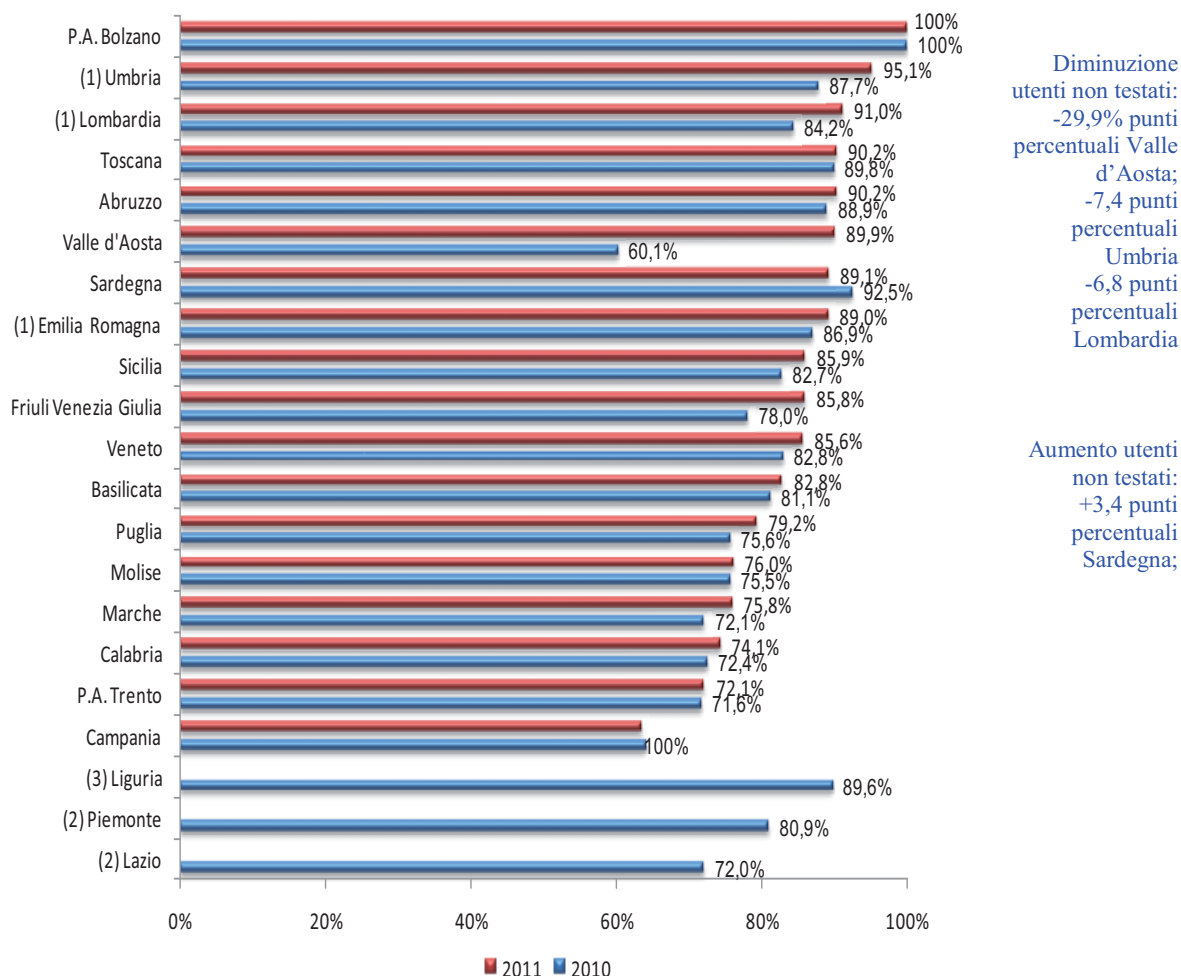
(2) Flusso SIND (Archivio esami più Monitoraggio HIV)

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

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

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

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



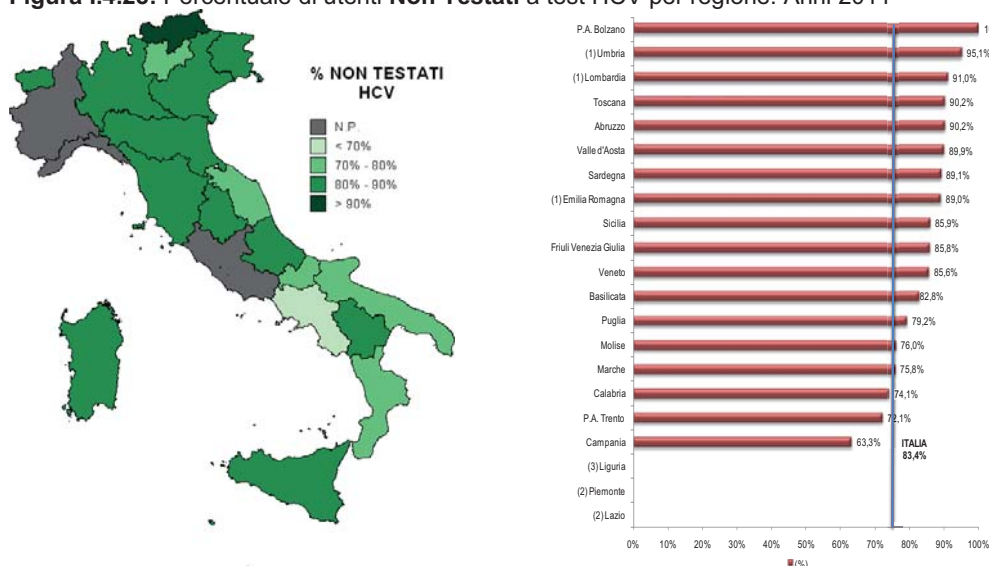
(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

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

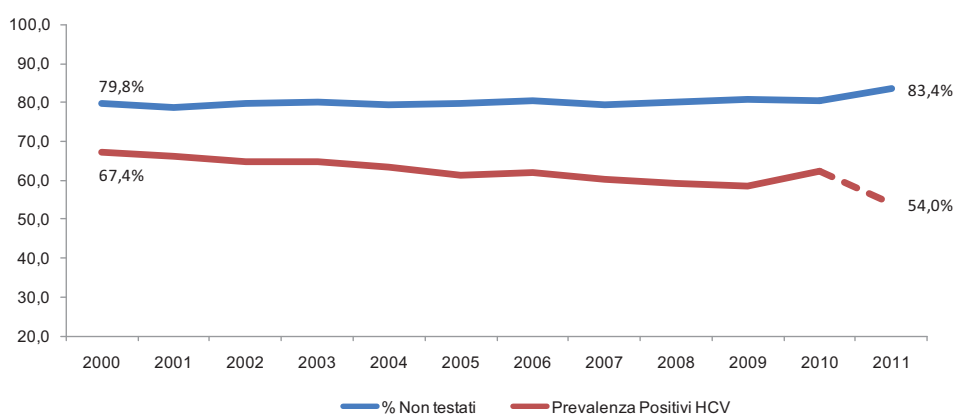
Figura I.4.28: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HCV per regione. Anni 2011


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

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

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

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

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


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

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

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

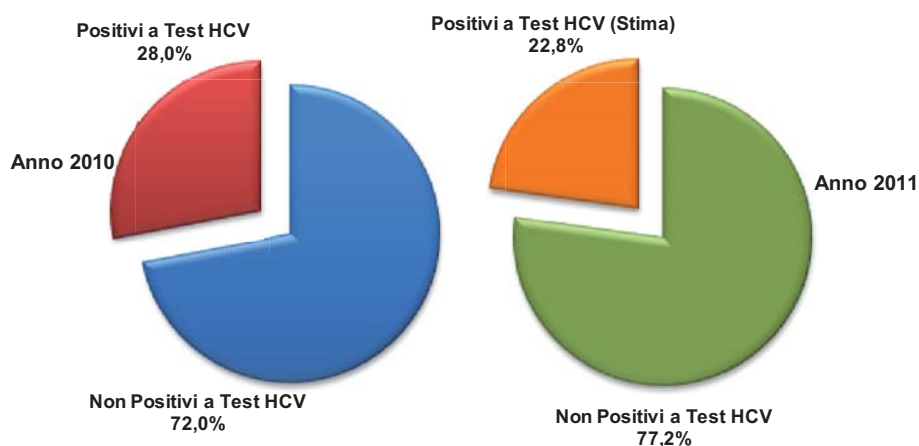
Rispetto al 2010, diminuisce di 5,2 punti percentuali la prevalenza di HCV positivi per la nuova utenza (28,0% nel 2010 vs 22,8% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 20,2% per le femmine e 23,2% per i maschi. Per gli utenti già in carico nei servizi, la percentuali di positivi HCV diminuisce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

Tabella I.4.8: Prevalenza di utenti positivi a Test HCV secondo il genere e il tipo di contatto.
Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HCV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	28,3	23,2	-5,1
Femmine	26,1	20,2	-5,9
Totale	28,0	22,8	-5,2
Utenti Già in carico			
Maschi	67,3	59,3	-8,0
Femmine	70,2	60,7	-9,5
Totale	67,7	62,4	-5,3
Totale			
Maschi	62,1	53,9	-8,2
Femmine	64,5	54,5	-10
Totale	62,5	54,0	-8,5

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

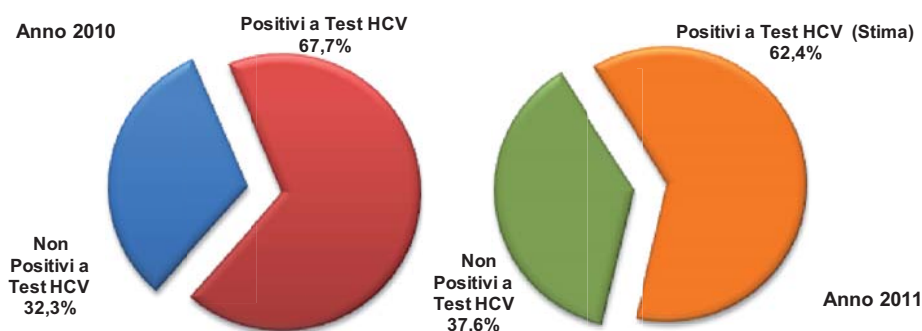
Figura I.4.30: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



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

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

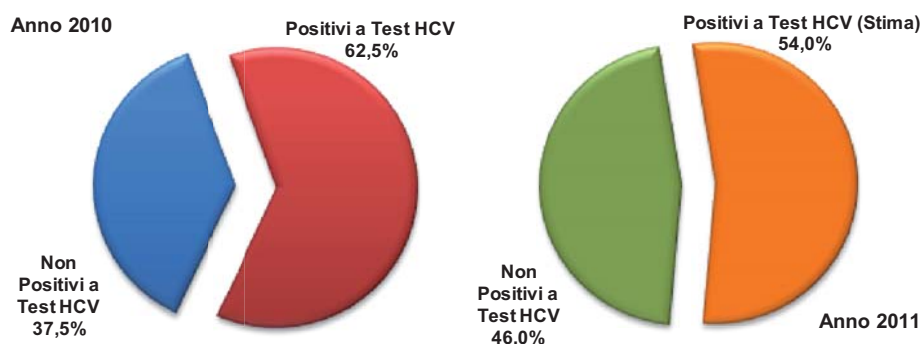
Figura I.4.31: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di
Utenti Già in
carico Positivi:
2010: 67,7%
Stima 2011:
62,4%

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

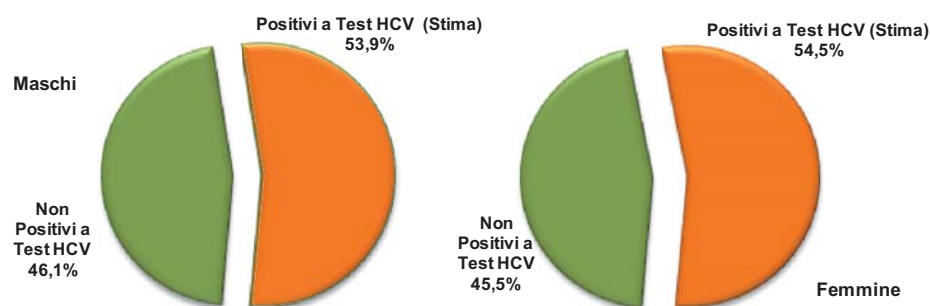
Figura I.4.32: Prevalenza su **Utenti Totali (Nuovi e Già in carico)** in Carico Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



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

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

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

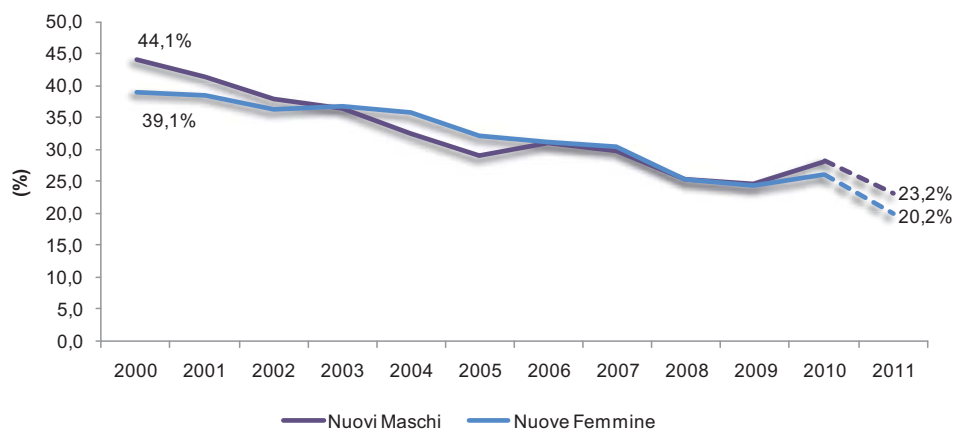


Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere:
Stima: Maschi: 53,9%
Stima Femmine: 54,5%

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

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

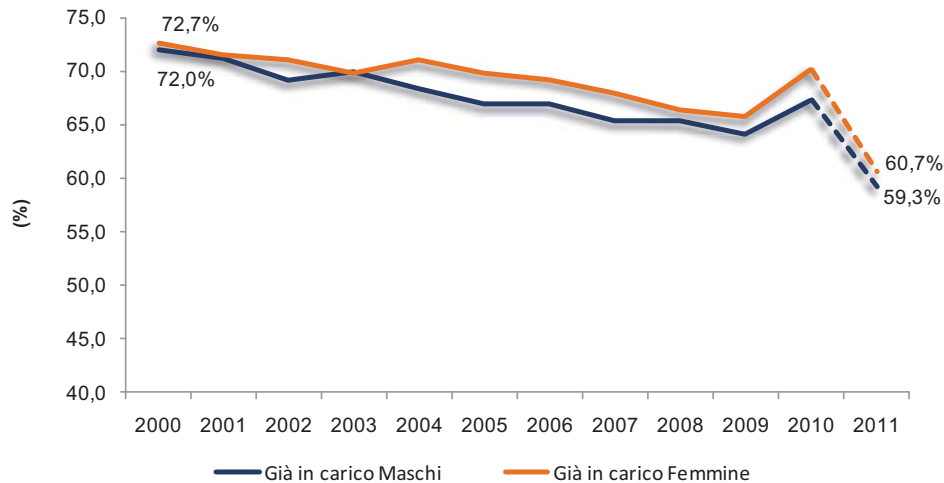
Figura I.4.34: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



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

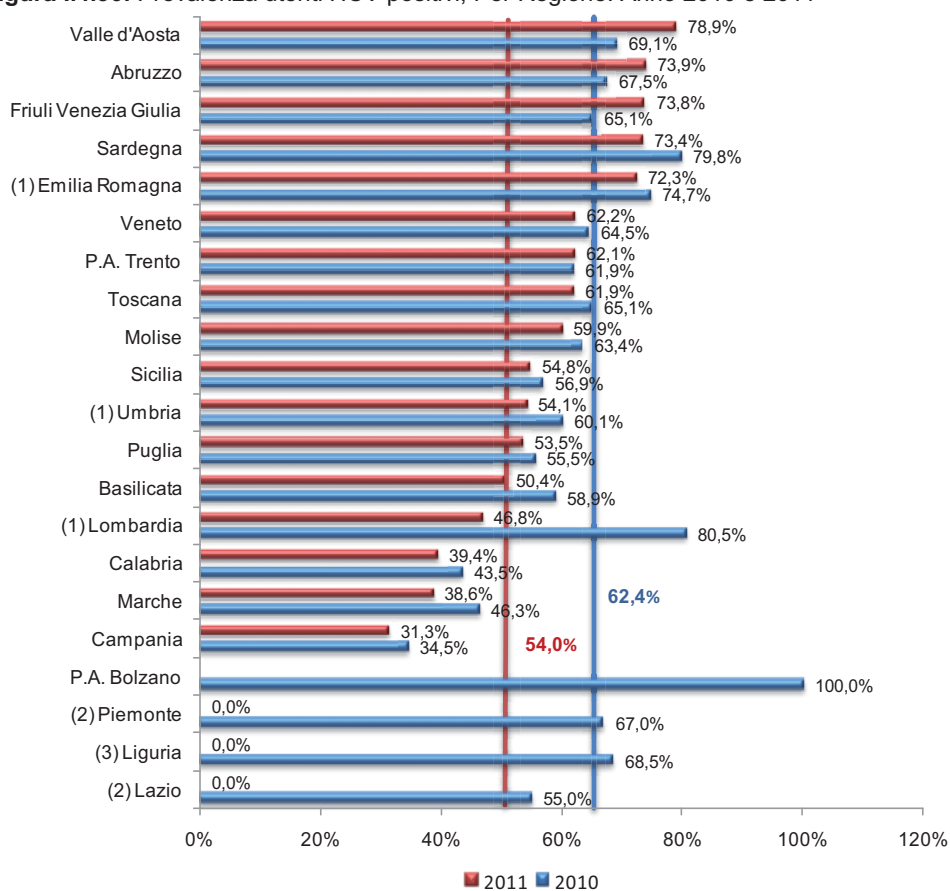
Situazione analoga anche per gli utenti già in carico, in cui la prevalenza di positivi da HCV negli ultimi dodici anni diminuisce di circa 13 punti percentuali stimati per i maschi e 12 punti percentuali per le femmine.

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



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

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

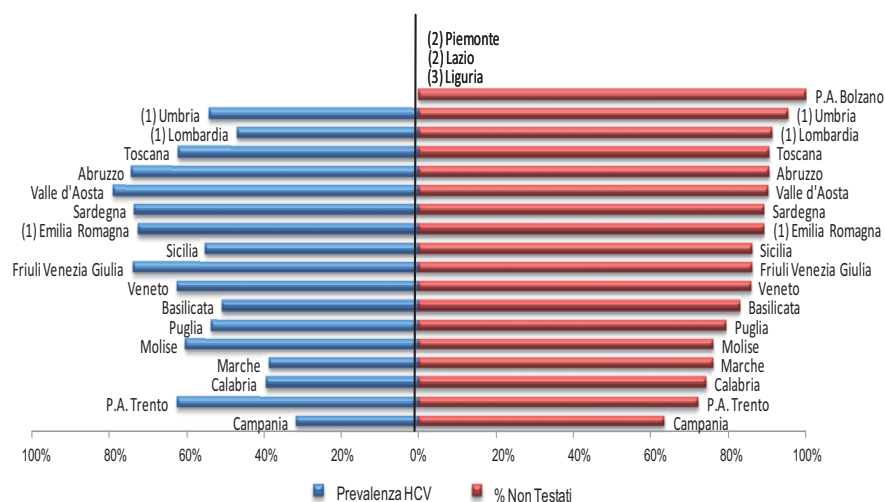
Figura I.4.36: Prevalenza utenti HCV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011


(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

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


(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

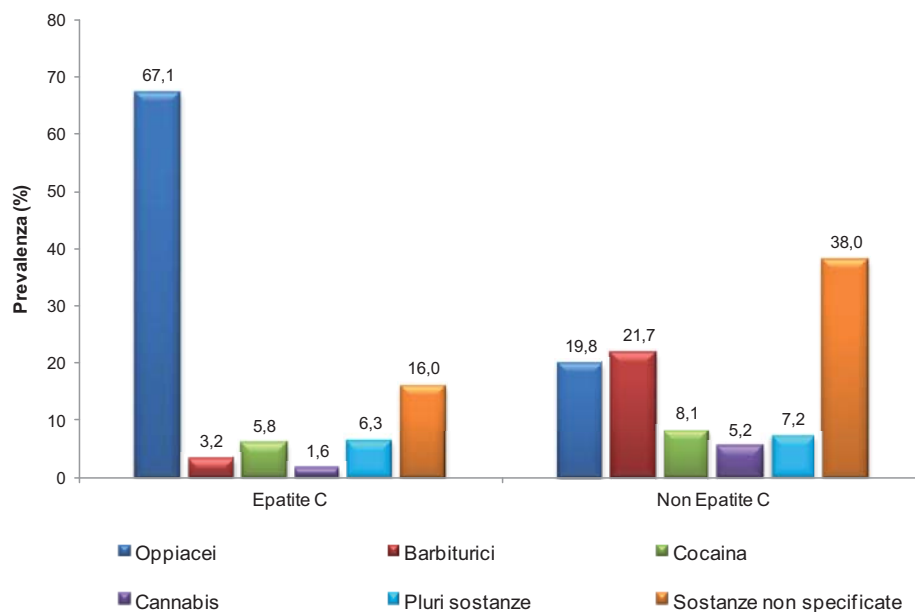
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali C sono pari all'7,4% corrispondente a 1.780 ricoveri. Tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HCV sintomatica o asintomatica, nel 2010 si osserva una percentuale più elevata di maschi rispetto alle femmine (76,1% contro 23,9%); inoltre si registra una percentuale più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (2,8% contro 11,5%), rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Figura I.4.38: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali C e tipo di sostanza assunta. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

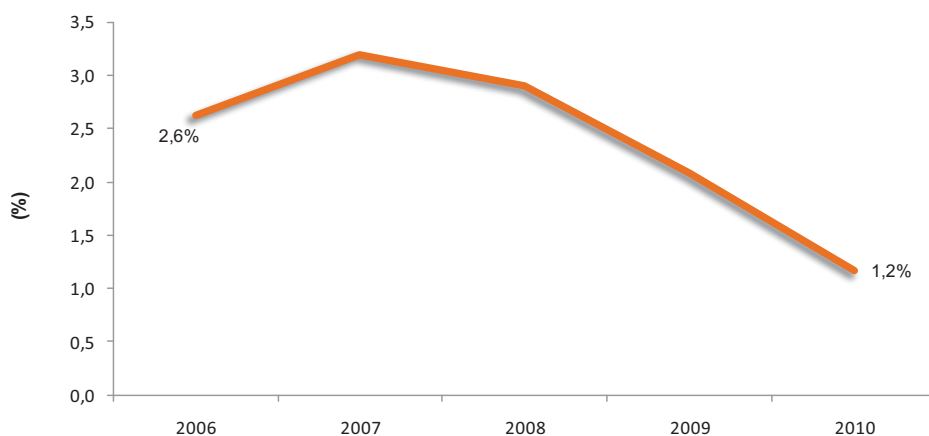
Lo studio della sostanza d'uso effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali C evidenzia una quota più elevata di assuntori di oppiacei (67,1% contro 19,9%), in forte analogia con gli andamenti osservati nei ricoveri droga correlati in comorbilità con le altre malattie infettive (Figura I.4.38).

I.4.1.4 Diffusione di Tubercolosi

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di infezione da tubercolosi sono inferiori al 2,0% corrispondente a 28 ricoveri. Nel 2007 si è osservato un aumento di infezione da tubercolosi rispetto al 2006 (2,6% vs 3,2%), per diminuire negli ultimi tre anni (2,8% nel 2008, 2,1% nel 2009 e 1,2% nel 2010).

Presenza di
ricoveri per TBC

Figura I.4.39: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC. Anno 2006 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

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

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

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

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

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

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

Il consumo di stupefacenti come diagnosi principale o secondaria

1.4.2.1 Ricoveri droga correlati

Nel triennio 2008 - 2010 i ricoveri complessivi per qualsiasi patologia sono diminuiti del 6,7% (12.112.389 nel 2008, 11.674.098 nel 2009 e 11.294.892 nel 2010); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondaria) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (25.910 nel 2008, 23.997 nel 2009 e 23.895 nel 2010) del collettivo nazionale, con una contrazione del 7,8% superiore all'andamento dei ricoveri complessivi.

Riduzione del
7,8% dei ricoveri
droga-correlati nel
triennio 2008 -
2010

Tabella 1.4.9: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Genere, Nazionalità e Età. Anno 2009-2010

Caratteristiche	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Genere					
Maschi	13.738	58,0	13.335	55,8	-2,9
Femmine	10.259	42,0	10.560	44,2	2,9
Totale	23.997	100	23.895	100	-0,4
Nazionalità					
Italiani	22.684	94,6	22.574	94,5	-0,5
Stranieri	1.303	5,4	1.312	5,5	0,7
Età					
Età media maschi	40,2		40,2		0,0
Età media femmine	46,1		46,7		1,3
Età mediana maschi	38		39		2,6
Età mediana femmine	43		44		2,3

età media dei
ricoverati:
40,2 anni maschi
46,7 anni
femmine

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Il 94,5% dei ricoveri droga correlati erogati nel 2010 riguarda cittadini italiani, il 55,8% di genere maschile, di età media pari a 40,2 anni, più elevata per le donne rispetto ai maschi (46,7 anni vs. 40,2 anni). Se in luogo del valore medio si considera il valore di età mediano, più adatto a distribuzioni per età fortemente asimmetriche, l'età si riduce di tre anni, passando da circa 47 a 44 anni per le femmine.

Tabella 1.4.10: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Regime di ricovero, Tipo di ricovero e Modalità di dimissione. Anno 2009-2010

Caratteristiche	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Regime di ricovero					
Ordinario	22.081	92,0	21.977	92,0	-0,5
Day hospital	1.916	8,0	1.918	8,0	-0,5
Tipo di ricovero					
Programmato non urgente	7.057	31,5	6.956	31,3	-1,4
Urgente	14.470	64,5	14.540	65,4	0,5
Trattamento sanitario obbligatorio	561	2,5	565	2,5	0,7
Preospedalizzazione	100	0,4	106	0,5	6,0
Altro	244	1,1	58	0,3	-76,2
Modalità di dimissione					
Dimissione ordinaria a domicilio	18.846	78,5	18.945	79,3	0,5
Dimissione volontaria	2.532	10,5	2.313	9,7	-8,6

In diminuzione i
ricoveri per:
-Ricoveri
programmati (-
1,4%)
In aumento i
ricoveri per:
preospedallizza-
zione (+6,0%)

continua

continua

Caratteristiche	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Modalità di dimissione					
Trasferimento ad altro istituto	1.024	4,2	1.008	4,2	-1,6
Decesso	177	0,7	208	0,9	17,5
Altro	1.417	5,9	1.418	5,9	0,1

Aumento dei decessi (+17,5%)

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

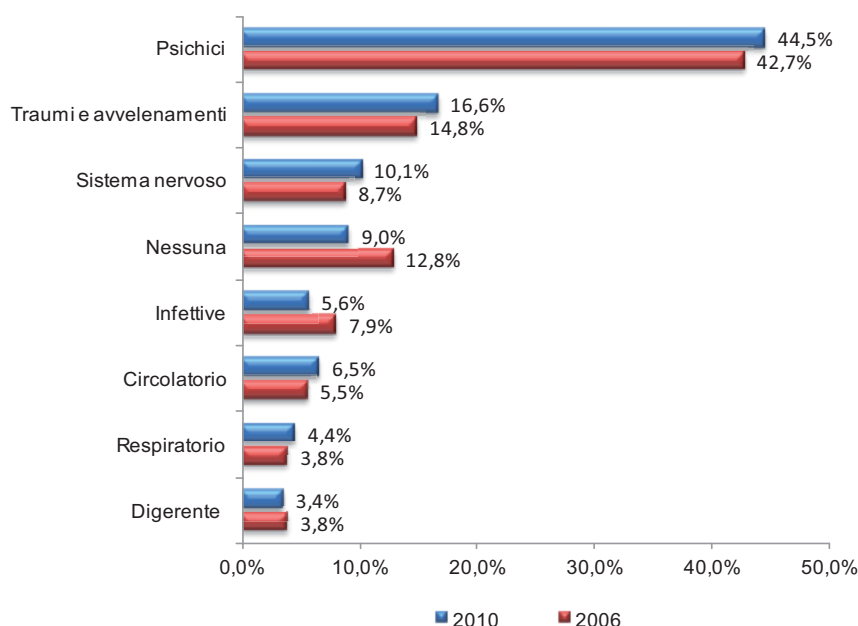
Il 92% dei ricoveri è stato erogato in regime ordinario, con degenza media pari a 9,9 giornate, valore che si riduce a 6 giornate considerando il valore mediano, meno influenzato da degenze molto elevate, anche oltre 200 giorni, peraltro presenti solo raramente (4 ricoveri).

Nel 79,3% dei ricoveri, il paziente è stato dimesso a domicilio secondo il decorso ordinario del ricovero, il 9,7% è stato dimesso su richiesta volontaria del paziente (-8,6% rispetto al 2009); il 4,2% è stato trasferito ad altro istituto di cura per acuti e lo 0,9% (208) dei ricoveri hanno riguardato pazienti deceduti nel corso della degenza.

Le 23.895 SDO del 2010 contengono complessivamente 32.348 diagnosi non correlate a droghe: in 10.177 schede in cui la diagnosi principale è droga correlata sono ulteriori 15.718 diagnosi secondarie droga correlate (per 2.912 SDO non sono presenti diagnosi secondarie associate), mentre 13.718 schede hanno diagnosi principali non droga correlate, che invece sono riportate come secondarie.

L'insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga sono state raggruppate per categorie anatomiche funzionali al fine di identificare quali siano le comorbidità più frequentemente associate al consumo di sostanze nei ricoveri ospedalieri. Confrontando le schede di dimissione ospedaliera del 2006 e del 2010 si osserva che rispetto al 2006 sono aumentati dell'1,8% sia i disturbi psichici (42,7% nel 2006 vs. 44,5% nel 2010) sia i traumi e avvelenamenti (14,8% nel 2006 vs. 16,6% nel 2010) indotti da droghe, seguono i problemi al sistema nervoso con un aumento dell'1,4% e le malattie del sistema circolatorio in aumento dell'1% (5,5% nel 2006 vs. 6,5% nel 2010). Inoltre si osserva che rispetto al 2010 diminuisce del 3,8% i casi in cui non sono presenti diagnosi secondarie associate (12,8% nel 2009 vs 9,0% nel 2010), seguita dalle malattie infettive con un calo del 2,4% rispetto al 2006 (7,9% nel 2006 vs. 5,6% nel 2010) (Figura I.4.40).

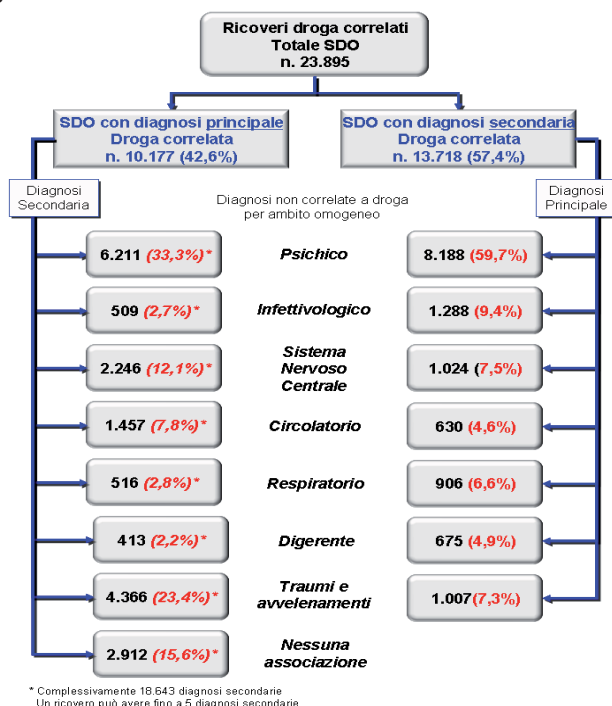
Figura I.4.40: Insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga raggruppate per ambiti omogenei. Anni 2006 e 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Lo schema seguente riepiloga il flusso 2010. Le SDO sono state separate in due gruppi: quello in cui le diagnosi droga correlate sono primarie e quello dove una diagnosi droga-correlata compare come diagnosi secondaria associata a diagnosi primaria non droga correlata. Nel primo gruppo con diagnosi droga correlata possono essere presenti più diagnosi secondarie. Infine, le diagnosi non correlate al consumo di stupefacenti sono state raggruppate per ambiti omogenei.

Figura I.4.41: Organizzazione flusso SDO. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

L'associazione più frequentemente osservata è quella tra sostanze stupefacenti e disturbi psichici in entrambi i gruppi (42,6% e 57,4%). Considerando i ricoveri con diagnosi principale droga correlata si ha una elevata combinazione con traumi ed avvelenamenti (23,4%) e con patologie al sistema nervoso centrale (12,1%), mentre nel 15,6% dei casi non si hanno diagnosi secondarie associate.

Considerando invece, i ricoveri con diagnosi secondaria droga correlate, le patologie che maggiormente risultano comorbili sono quelle di tipo infettivologico (9,4%), seguite da quelle del sistema nervoso centrale (7,5%) e dai traumi e avvelenamenti (7,3%).

Nel 2010 si rileva una diminuzione dei ricoveri per uso di allucinogeni pari al 12,9% (147 nel 2009 vs 128 nel 2010), seguito dagli oppiacei 5,5% (5.597 nel 2009 vs 5.288 nel 2010), dai cannabinoidi 5,1% (1.194 nel 2009 vs 1.133 nel 2010), dai barbiturici 2,6% (4.884 nel 2009 vs 4.759 nel 2010); infine, si evidenzia un calo del 2,1% di ricoveri per uso di cocaina (1.898 nel 2009 vs 1.858 nel 2010).

Inoltre, si osserva un aumento dell'8,4% di ricoveri per uso di più sostanze (1.706 nel 2009 vs 1.850 nel 2010), nonché un aumento dello 0,4% (7.727 nel 2009 vs 8.046 nel 2010) dei ricoveri per uso di sostanze non specificate.

Tabella I.4.11: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Sostanza d'abuso. Anni 2009-2010

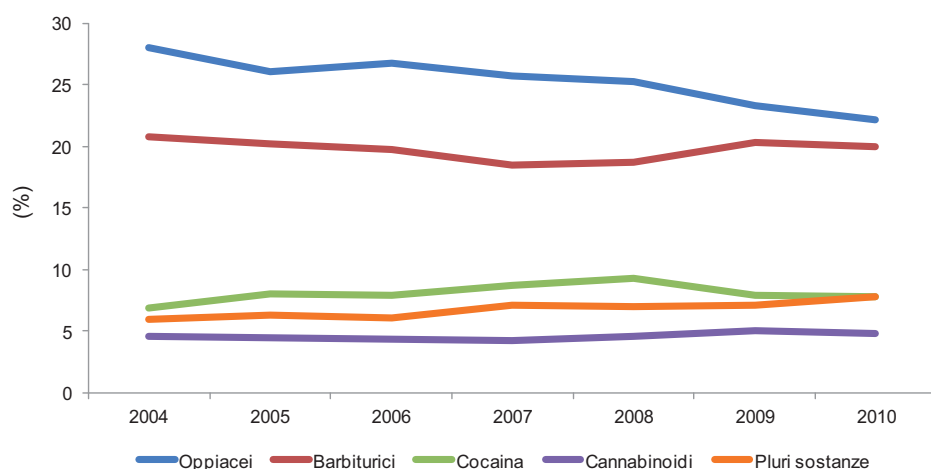
Caratteristiche	2009		2010		Δ %	
	N	%	N	%		
Sostanza d'abuso						
Oppiacei	5.597	23,3	5.288	22,1	-5,5	Diminuzione di ricoveri per uso di: -allucinogeni (-12,9)
Barbiturici	4.884	20,4	4.759	19,9	-2,6	-oppiacei (-5,5%)
Cocaina	1.898	7,9	1.858	7,8	-2,1	cannabinoidi (-5,1)
Pluri sostanze	1.706	7,1	1.850	7,7	8,4	-barbiturici (-2,6)
Cannabinoidi	1.194	5,0	1.133	4,7	-5,1	-cocaina (- 2,2%)
Antidepressivi	765	3,2	754	3,2	-1,4	
Allucinogeni	147	0,6	128	0,5	-12,9	Aumento dei ricoveri per poliassunzione (+8,4%)
Amfetamine	79	0,3	79	0,3	0,0	
Sostanze non specificate	7.727	32,2	8.046	33,7	4,1	

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Negli ultimi sette anni dal 2004 al 2010 si assiste ad un decremento di ricoveri per uso di oppiacei (28,1% del 2004 vs. 22,1% del 2010), uso di barbiturici fino al 2007 (20,8% nel 2004, 21,8% nel 2005, 19,8 nel 2006 e 18,5 nel 2007), per aumentare, se pur di poco, negli ultimi tre anni (18,7% nel 2008, 20,4% nel 2009 e 19,9% nel 2010). Anche per i soggetti ricoverati per uso di cannabis si osserva un aumento fino al 2009 (4,5% nel 2004 vs. 5,0% nel 2009) dato che diminuisce nell'ultimo biennio (5,0% nel 2009 vs 4,7% nel 2010).

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

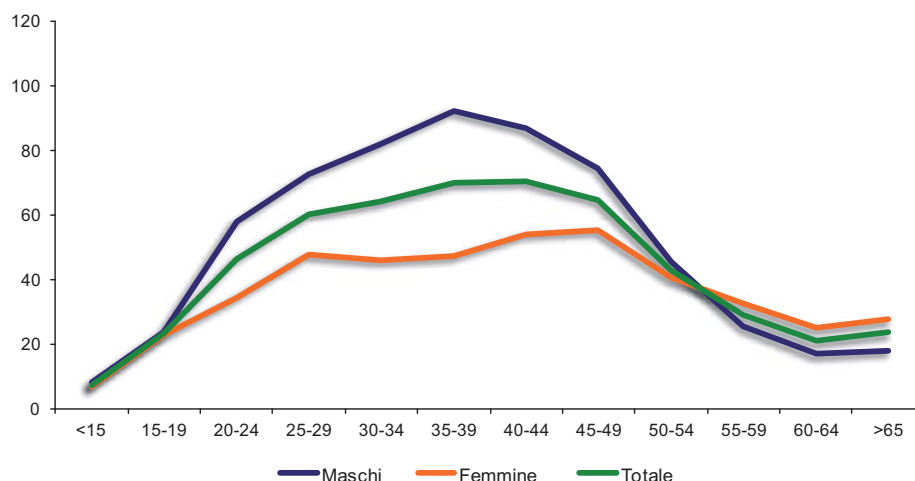
Figura I.4.42: Percentuale dei soggetti ricoverati nelle struttura ospedaliere per sostanza d'abuso. Anni 2004 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Come evidenziato dalla Figura I.4.42, il ricorso all'assistenza ospedaliera riguarda in prevalenza il genere maschile nella fascia di età 15-49 anni, con punte massime nella classe di età 35-39 anni, con circa 92 ricoveri ogni 100.000 residenti; diversamente, il numero dei ricoveri delle donne prevale su quello dei maschi dopo i 54 anni, con punte massime nella fascia di età 40-49 anni, con circa 109 ricoveri ogni 100.000 residenti.

Figura I.4.43: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2010

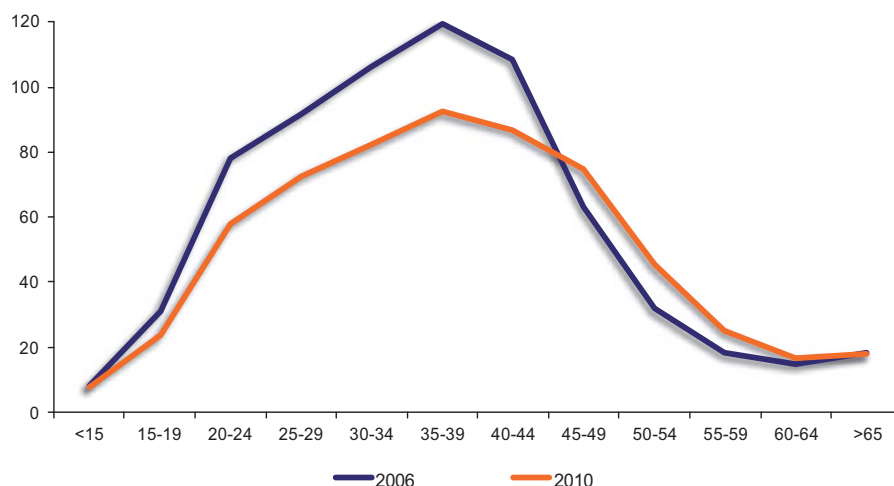


Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Evidenziando l'analisi per genere rispetto agli anni 2006 e 2010, nei maschi si osserva che il tasso di ospedalizzazione diminuisce per le fasce di età più giovani, infatti, si ha una diminuzione di 27,3 punti percentuali nella fascia di età 35 – 39 anni (circa 120 ricoveri nel 2006 vs. circa 92 ricoveri nel 2010); mentre nelle fasce di età avanzate vi è un aumento del tasso di ospedalizzazione pari a 13,8 punti percentuali per la fascia di età 50 – 54 anni (circa 32 ricoveri nel 2006 vs 45 ricoveri nel 2010). Tale traslazione del tasso di ospedalizzazione ad età più avanzate, secondo alcune

elaborazioni approfondite, è imputabile all'invecchiamento dei tossicodipendenti in trattamento per uso di oppiacei, che ricorrono periodicamente all'assistenza ospedaliera.

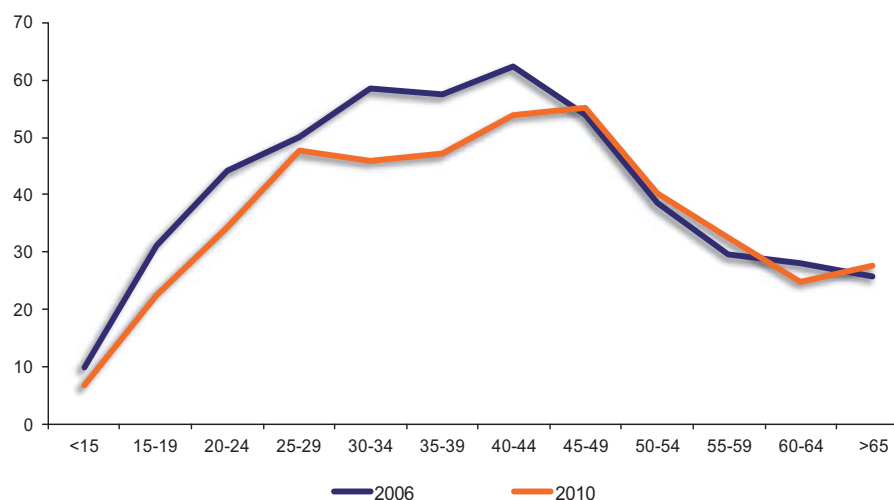
Figura I.4.44: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per **Maschi** e classi di età. Anni 2006 e 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Se pur con minore intensità, anche per le femmine si osserva una diminuzione nelle fasce di età più giovani,. Nella fascia di età 30 – 34 anni si evidenzia una diminuzione di 12,6 punti percentuali (circa 58 ricoveri nel 2006 vs. 46 ricoveri nel 2010). Aumenta, di circa 2 punti percentuali il tasso di ospedalizzazione sia nella fascia di età 50 – 54 anni (circa 39 ricoveri nel 2006 vs. 41 ricoveri nel 2010) sia nelle femmine con un'età maggiore di 65 anni (26 ricoveri nel 2006 e circa 28 ricoveri nel 2010).

Figura I.4.45: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per **Femmine** e classi di età. Anni 2006 e 2010



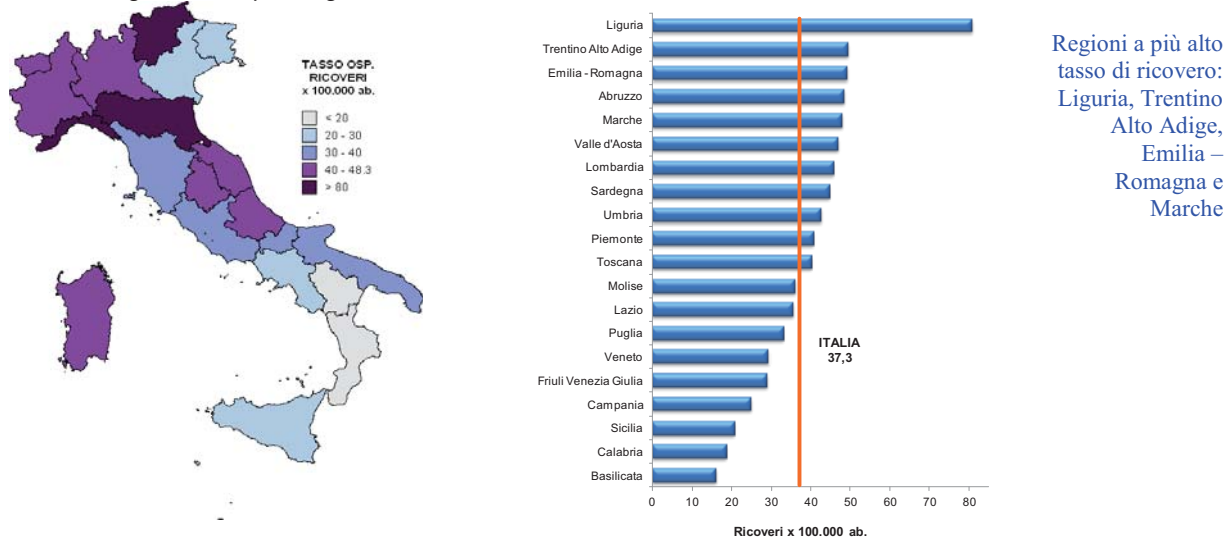
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

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

Ricoveri di
soggetti con età
avanzata e uso di
barbiturici

A livello regionale i ricoveri droga correlati rapportati alla popolazione residente evidenziano un elevato ricorso all'assistenza ospedaliera in alcune regioni del centro-nord ed isole. In particolare in Liguria si osserva il tasso di ospedalizzazione standardizzato¹ più elevato con circa 81 ricoveri ogni 100.000 residenti, seguito a distanza dalle regioni, Trentino Alto Adige, Emilia - Romagna, Abruzzo e dalle Marche per le quali si registra un tasso di ospedalizzazione compreso tra 47 e 50 ricoveri per 100.000 residenti (Figura I.4.46).

Figura I.4.46: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione. Anno 2010



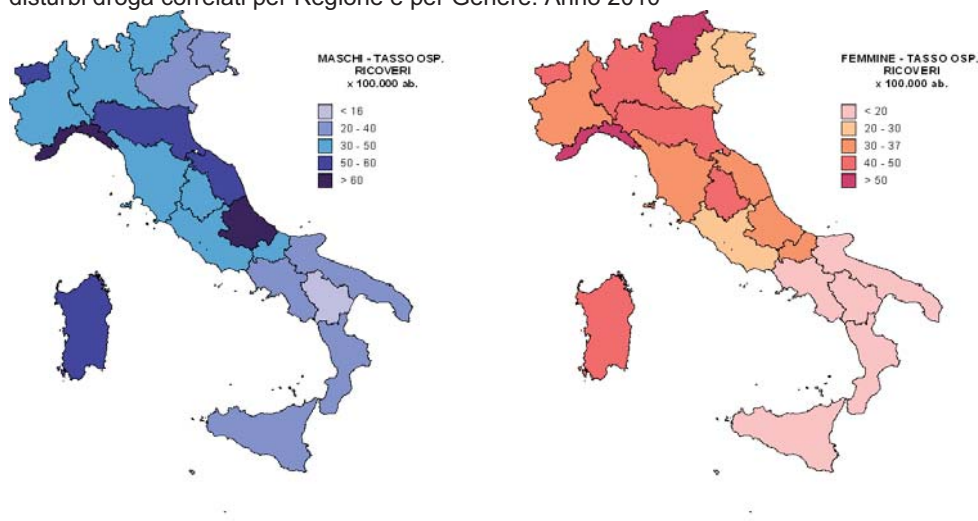
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Per quanto riguarda l'analisi regionale per genere non emergono sostanziali differenze nei profili maschili e femminili. Per i maschi, la regione con più alto tasso di ospedalizzazione risulta la Liguria con 93 ricoveri, seguita dall'Abruzzo con 63 ricoveri, dalle Marche con circa 60 ricoveri, dalla Valle d'Aosta con 54 ricoveri e dall'Emilia - Romagna con circa 53 ricoveri per 100.000 ab.. Le regioni con un minor numero di ricoveri, per il genere maschile, risultano le regioni del sud: la Basilicata con 16 ricoveri, la Calabria con 21 ricoveri e la Sicilia con circa 25 ricoveri.

Anche per il genere femminile la regione che detiene il primato di ricoveri risulta essere la Liguria con circa 69 ricoveri, seguita da Trentino Alto Adige con circa 51 ricoveri, dall'Emilia - Romagna con 45 ricoveri e, infine, dalla Lombardia con 42 ricoveri. Parimenti al genere maschile i ricoveri droga correlati delle donne si osservano con minor frequenza le regioni del sud, la Puglia con 5 ricoveri, la Basilicata e Calabria con 16 ricoveri e la Campania e la Sicilia con 17 ricoveri (Figura I.4.47).

¹ Al fine di depurare l'indicatore da effetti imputabili alla differente distribuzione per età della popolazione nelle singole Regioni, il tasso di ospedalizzazione è stato calcolato mediante l'applicazione del metodo di standardizzazione indiretta con una popolazione standard di riferimento.

Figura I.4.47: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione e per Genere. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

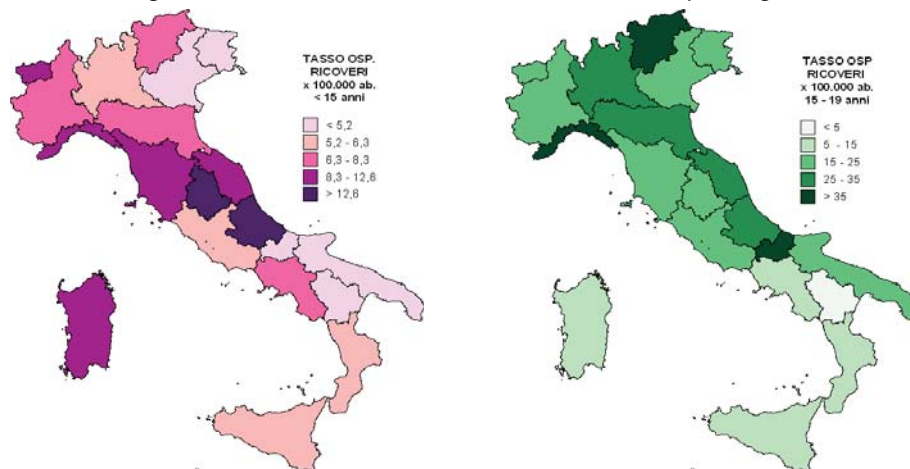
Nei ricoveri droga correlati over 55 per il genere maschile le regioni con più ricoveri risultano essere l'Abruzzo con 31 ricoveri, la Liguria con 30 ricoveri e infine il Trentino Alto Adige con 29 ricoveri. Le regioni con minor frequenza di ricoveri risultano essere la Valle d'Aosta con 0 ricoveri, la Basilicata con 6 ricoveri e la Sicilia con 10 ricoveri. Nella Regione Valle d'Aosta non sono stati registrati ricoveri per soggetti maschi over 55.

Per il genere femminile le regioni con più ricoveri sono il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta con 52 ricoveri, la Liguria e l'Emilia – Romagna con 44 ricoveri e, la Sardegna con 38 ricoveri. Le regioni con minor numero di ricoveri, per le over 55, risultano essere le regioni del sud, la Puglia con 2 ricoveri, la Basilicata con circa 12 ricoveri e la Campania con circa 13 ricoveri.

Particolare rilevanza assume l'analisi del ricorso all'assistenza ospedaliera da parte della popolazione più giovane; nel 2010 la regione che detiene il primato per il tasso di ospedalizzazione più elevato tra gli adolescenti di età inferiore a 15 anni è risultata essere l'Umbria, con 17 ricoveri ogni 100.000 residenti di quella fascia di età. Segue l'Abruzzo con circa 15 ricoveri per 100.000 abitanti e le Marche con 13 ricoveri (Figura I.4.48).

Nella fascia di età 15-19 anni, il maggior ricorso al ricovero ospedaliero si osserva in Liguria (53 ricoveri ogni 100.000 residenti), 46 ricoveri in Trentino Alto Adige e in Molise con circa 42 ricoveri. A ridosso di queste regioni si affaccia l'Umbria con un tasso pari a 30 ricoveri ogni 100.000 abitanti (Figura I.4.48).

Figura I.4.48: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età inferiore a 15 anni e tra 15 e 19 anni per Regione. Anno 2010



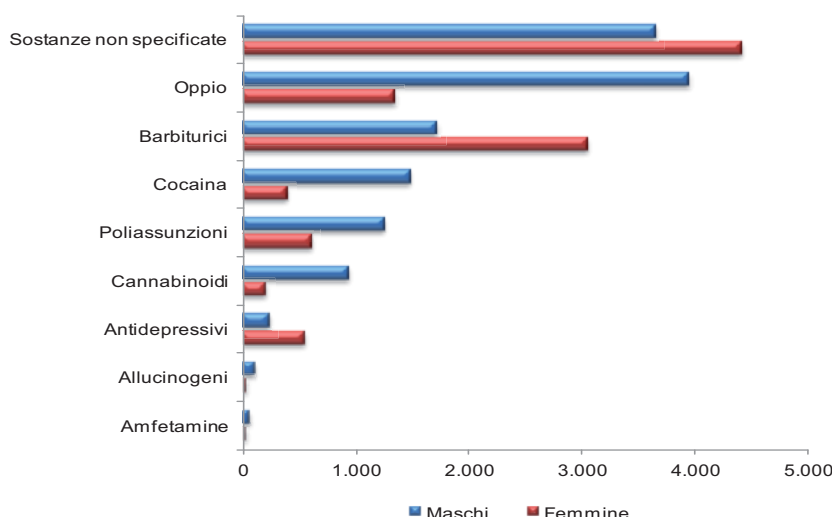
Regioni a più alto tasso di ricovero delle fasce giovanili 15-19: Umbria, Abruzzo, Marche, Valle d'Aosta, Sardegna, Toscana e Liguria

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

La presenza in diagnosi principale di disturbi legati a dipendenza da sostanze psicotrope, abuso o avvelenamento, psicosi indotte da assunzione di droghe, tossicodipendenza in gravidanza o danni al feto indotte dall'assunzione di droghe da parte della madre, è stata indicata in 10.379 ricoveri pari al 43,4% del totale ricoveri droga-correlati del 2010. In particolare, nella maggior parte dei casi di disturbi nevrotici e della personalità indotti dall'uso di sostanze psicoattive sono stati indicati disturbi psichici in diagnosi principale o secondaria (l'87% dei ricoveri). Nel 24,5% dei ricoveri è stata indicata una diagnosi della categoria dei traumatismi ed avvelenamenti da farmaci medicamenti e prodotti biologici.

Con riferimento a 8.046 ricoveri droga correlati, pari al 33,7% del totale non è stata specificata la sostanza; per ulteriori 5.288 ricoveri (22,1%) è stata indicata in diagnosi principale o secondaria l'assunzione di oppiacei, nel 19,9% dei casi l'assunzione di barbiturici ed a seguire cocaina (7,8%), pluri sostanze (7,7%), cannabis (4,7%), antidepressivi (3,2%) ed in quantità trascurabili allucinogeni (0,5%) e amfetamine (0,3%) (Figura I.4.49).

Figura I.4.49: Distribuzione del numero di ricoveri per sostanza d'abuso secondo il genere dei pazienti ricoverati. Anno 2010



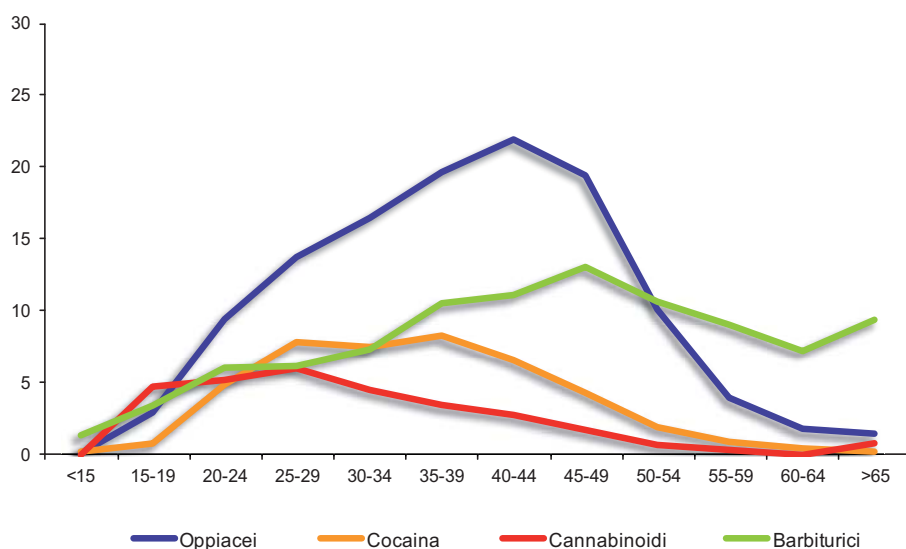
Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

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

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

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

Figura I.4.50: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per patologia di sostanza. Anno 2010



Età più frequente nei ricoveri per :
oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 45-49 anni, cocaina 25-39 anni, cannabis 20-29 anni

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Il ricorso all'ospedalizzazione, se confrontato con le altre sostanze, è particolarmente frequente tra gli assuntori di oppiacei, in prevalenza tra i 35 e 44 anni, seguita dai consumatori di barbiturici, principalmente nelle fasce di età più anziane e in quella tra i 45 e 49 anni. Meno frequenti i ricoveri correlati all'uso di cocaina e cannabis che si verificano prevalentemente nella fascia di età adulta (25-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-29 anni) per i consumatori di cannabis (Figura I.4.50).

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

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

Concentrando l'analisi sui ricoveri con diagnosi principale riferita alle malattie dei tossicodipendenti e in secondaria alle sostanze da loro assunte, si osserva che tra i pazienti con diagnosi principale "malattie infettive", il 74% fa uso di oppiacei, seguito da altre droghe con il 12%. Tra i pazienti con diagnosi droga - correlata e ricoverati per disturbi all'apparato digerente, il consumo di oppiacei si osserva nel 51% dei casi, percentuale che diminuisce tra i ricoverati per disturbi psichici (26%) seguito, anche in questo caso, da assuntori di altre droghe con il 28%. Infine nei pazienti con disturbi psichici si osserva un 26% con uso di oppiacei, e un 16% con consumo di cocaina.

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

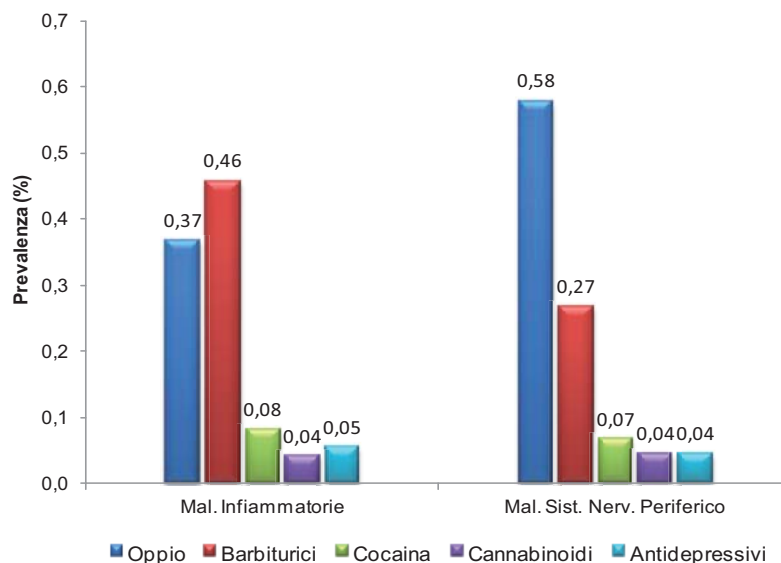
Nel triennio 2008 - 2010 la percentuale di ricoveri droga correlati, in cui sono stati indicati in diagnosi principale o secondaria, disturbi relativi al sistema nervoso centrale ed agli organi di senso, ha subito un lieve aumento di 1,4 punti percentuali (13,1 % nel 2008 vs 14,5% nel 2010).

Lieve aumento dei ricoveri droga correlati con malattie del sistema nervoso

Maggiormente soggette a comorbidità con malattie del sistema nervoso sembrano essere le donne, alle quali si riferisce il 65,6% dei ricoveri con tali caratteristiche. Circa 1.400 ricoveri, che rappresentano il 33,1% del totale droga correlati e comorbili con tali patologie, riguardano pazienti di età compresa tra 35 e 49 anni ed un ulteriore 16,6% si riferisce a pazienti ultra sessantacinquenni.

Un'analisi più approfondita, relativa alle diverse tipologie di malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi diagnosticate tra i ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope, evidenzia la preponderanza di sindromi infiammatorie (oltre il 90% del totale delle patologie del sistema nervoso); in (Figura I.4.51) si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi. Rispetto all'anno 2008 si osserva una diminuzione della percentuale di ricoveri correlati all'uso di cocaina.

Figura I.4.51: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema nervoso centrale, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi infiammatorie si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici (circa il 46%), contrariamente ai disturbi del sistema nervoso periferico, che, sebbene molto meno frequenti, si osservano in prevalenza tra i consumatori di oppiacei (circa il 58%).

1.4.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbidità con malattie del sistema circolatorio

Nel 2010 i ricoveri droga correlati comorbili con patologie del sistema circolatorio hanno colpito in egual misura entrambi i generi e in quasi la metà dei casi (46,4%), pazienti ultra sessantacinquenni; raramente, vengono colpiti soggetti di età giovane

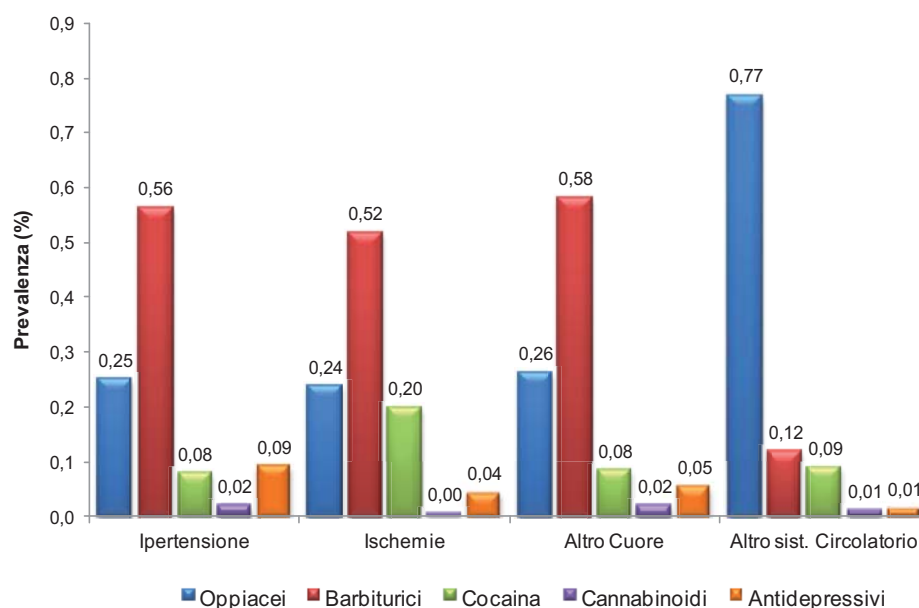
(4% fino a 30 anni).

Il 92% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie del sistema circolatorio risultano avvenuti in regime ordinario e il 60,8% è a carattere urgente.

Ricoveri droga correlati anche per ipertensione e ischemia

Le patologie più frequenti diagnosticate in sede di ricovero riguardano l'ipertensione arteriosa (44,1%), altre malattie del cuore (42,8%) e malattie ischemiche del cuore (12,1%).

Figura I.4.52: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema circolatorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

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

Ischemia e cocaina

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

Nel 2010 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi principale o secondaria relative a malattie dell'apparato respiratorio, costituiscono l'8,7% (pari a 2.077 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci.

L'analisi del genere e dell'età evidenzia tra i comorbili la percentuale più elevata di maschi (59,1%) e di ultra 65enni: il 22,3%. Un ulteriore 43,6% di ricoveri si osserva per pazienti di età compresa tra 30 e 49 anni.

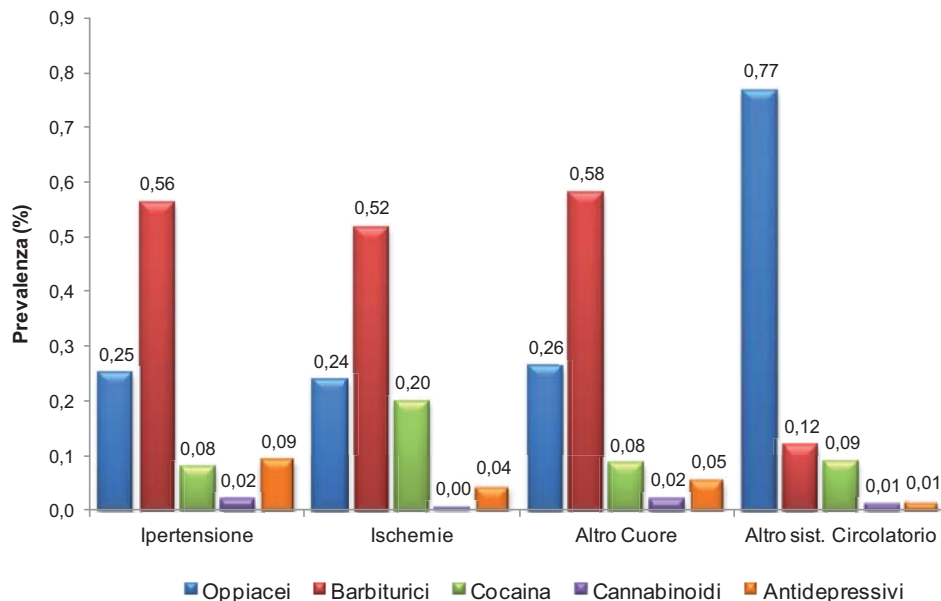
I ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano erogati in regime ordinario nel 98,2%; e il 79,5% è a carattere urgente, a fronte di valori più contenuti osservati per i ricoveri non comorbili (circa il 92% regime ordinario e oltre il 60% carattere urgente).

Nel 48,7% dei ricoveri in comorbilità con patologie dell'apparato respiratorio non è

stata indicata una diagnosi specifica e in un ulteriore 28,8% di ricoveri (600) è stata riscontrata una malattia polmonare cronica ostruttiva.

Un'analisi più approfondita effettuata in base alla sostanza d'uso, rilevata tra i ricoveri droga correlati, ed alla condizione di comorbidità con le malattie in studio, evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di oppiacei (33,0%), seguiti da abuso di barbiturici (25,1%) e altre droghe non specificate (22,2%).

Figura I.4.53: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di patologie dell'apparato respiratorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi alle vie respiratorie colpiscono principalmente gli assuntori di oppiacei e di barbiturici, meno marcate le differenze tra gli assuntori di oppiacei e tra coloro che lamentano disturbi polmonari cronici o altre patologie del sistema respiratorio (Figura I.4.53).

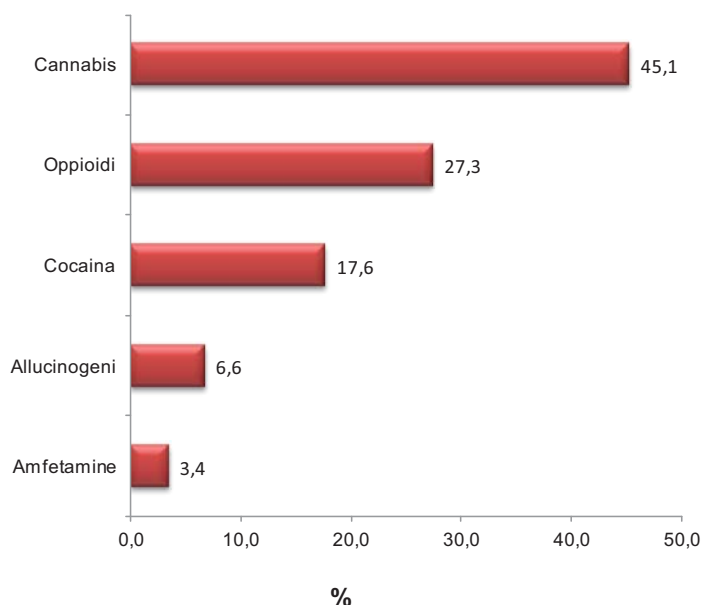
Malattie
respiratorie e
oppiacei

I.4.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2010)

Nel periodo compreso tra 2006 e 2010 i ricoveri correlati a droghe per soggetti minorenni sono stati complessivamente 3.525, di cui 1.843 (pari al 52,3%) riferiti a neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti.

Le analisi per sostanze evidenziano che la cannabis rappresenta la sostanza stupefacente più frequentemente associata (45,1% dei casi) alla diagnosi (primaria o secondaria), seguita dagli oppioidi con il 27,3%, dalla cocaina con il 17,6% dagli allucinogeni con il 6,6% ed infine dalle amfetamine con il 3,4% dei casi

Figura I.4.54: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per sostanza coinvolta.



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Infatti, nel 52,3% dei casi (pari a 1.843 SDO) si è trattato di neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti che hanno avuto necessità di ricovero per sindrome da astinenza neonatale.

I.4.3 Incidenti stradali droga correlati

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

Ci sono diversi fattori che possono contribuire al fenomeno degli incidenti stradali: il comportamento e lo stato psicofisico del conducente, la sicurezza dei mezzi di trasporto, le condizioni della circolazione sulle strade e i rischi legati al trasporto di prodotti pericolosi.

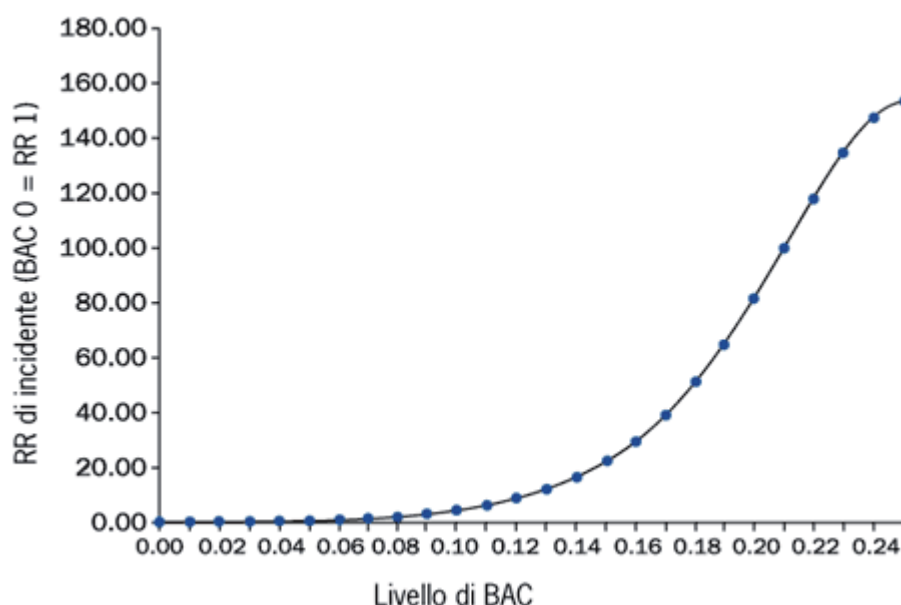
Tra i fattori legati allo stato del conducente, si possono classificare di particolare rilievo l'alcol, che è il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali, e le sostanze stupefacenti specialmente se accompagnate dal consumo dell'alcol stesso.

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

Si parla di guida sotto l'effetto dell'alcol quando la concentrazione ematica di alcol (BAC: Blood Alcohol Concentration) è superiore al limite legale, che in Italia si ricorda è pari a 0,5 grammi per litro; la revisione della letteratura e le esperienze in atto in ambito europeo e internazionale evidenziano che un livello di alcolemia compreso tra 0,2 e 0,5 grammi/litro alcolemici si accompagna a un rischio di incidente fatale 3 volte maggiore rispetto al livello di alcolemia zero (tra 0,5 e 0,8 il rischio è 6 volte superiore; tra 0,8 e 0,9 ben 11 volte maggiore); ciò è evidente anche dalla Figura I.4.55.

Premesse

Figura I.4.55: Stima del rischio relativo di morte per livello di BAC dei guidatori in incidenti senza il coinvolgimento di altri veicoli



Fonte: Osservatorio Nazionale Alcol

Per quanto concerne la concentrazione alcolica nel sangue, l'ultima raccomandazione emanata dal Parlamento Europeo risale al gennaio 2001 e fissa in 0,2 g/l la soglia indicata per trasportatori professionisti e neopatentati.

E' in itinere il provvedimento che raccomanderà la "tolleranza zero" per le due categorie così come già in vigore in Italia. Di seguito, nella tabella I.4.12, i limiti vigenti nella UE27 al novembre 2011.

Tabella I.4.12: Limiti legali del valore BAC – UE27 – anno 2011

Nazione	BAC STANDARD	BAC AUTISTI PROFESSIONISTI	BAC NEOPATENTATI/2001
Austria	0.5	0.1	0.1
Belgio	0.5	0.5	0.5
Bulgaria	0.5	0.5	0.5
Cipro	0.5	0.5	0.5
Danimarca	0.5	0.5	0.5
Estonia	0.2	0.2	0.2
Finlandia	0.5	0.5	0.5
Francia	0.5	0.5 (0.2 autisti di bus)	0.5
Germania	0.5	0.0	0.0
Grecia	0.5	0.2	0.2
Irlanda	0.5	0.2	0.2
Italia	0.5	0.0	0.0
Lettonia	0.5	0.5	0.2
Lituania	0.4	0.2	0.2
Lussemburgo	0.5	0.1	0.1
Malta	0.8	0.8	0.8
Olanda	0.5	0.2	0.2
Polonia	0.2	0.2	0.2
Portogallo	0.5	0.5	0.5

continua

continua

Nazione	BAC STANDARD	BAC AUTISTI PROFESSIONISTI	BAC NEOPATENTATI/2001
Regno Unito	0.5	0.8	0.8
Repubblica Ceca	0.0	0.0	0.0
Romania	0.0	0.0	0.0
Slovacchia	0.0	0.0	0.0
Slovenia	0.2	0.0	0.0
Spagna	0.5	0.3	0.3
Svezia	0.2	0.2	0.2
Ungheria	0.0	0.0	0.0

Fonte: European Transport Safety Council – Drink driving: Towards Zero Tolerance

Di particolare interesse la Tabella I.4.13 con il numero degli alcol test rispetto alla popolazione e la percentuale di riscontri positivi, notiamo che siamo ultimi per l'anno 2010 e penultimi nel triennio 2007-2009, il solo Regno Unito è riuscito a fare peggio. Il numero degli alcol test effettuati in Spagna e Francia è pari, rispettivamente, al quadruplo e al sestuplo di quelli effettuati in Italia.

L'Italia, comunque, in 3 anni ha più che raddoppiato il proprio impegno, passando dal 13 ‰ al 27 ‰ più che dimezzando nel contempo la percentuale di positivi dal 6% al 2,5% del 2010, performance che ci colloca meglio della Francia, rimasta stabile nel periodo in esame.

L'associazione tra test effettuati e positività andrebbe a confermare per l'Italia quanto la percezione di poter essere sottoposti ad alcol test mentre si è alla guida possa produrre un ottimo effetto deterrente.

Tabella I.4.13: Alcol test per mille abitanti e % test sopra il limite –UE– Anni 2007 – 2010

Nazione	2007		2008		2009		2010	
	Alcol test per mille abitanti	% test sopra limite	Alcol test per mille abitanti	% test sopra limite	Alcol test per mille abitanti	% test sopra limite	Alcol test mille abita nti	% test sopra limite
Finlandia	318	1,6	385	1,3	421	1,0	429	0,9
Norvegia	n.d.	0,2	336	0,3	n.d.	0,3	367	0,2
Svezia	283	0,7	256	0,8	293	0,7	287	0,6
Cipro	149	6,8	182	5,9	196	6,2	217	5,3
Slovenia	191	7,3	202	5,8	212	4,7	198	4,7
Francia	182	3,3	189	3,3	181	3,3	173	3,4
Grecia	143	2,9	135	3,1	147	2,8	161	2,1
Irlanda	113	4,1	128	3,2	119	2,6	126	1,9
Austria	77	7,0	n.d	5,8	102	4,8	122	3,7
Ungheria	143	3,2	130	3,1	127	3,3	120	3,6
Spagna	96	2,2	112	1,8	128	1,8	114	1,8
Portogallo	57	5,6	63	5,9	81	4,3	106	3,8
Estonia	68	1,0	95	1,1	98	0,8	105	0,7
Polonia	n.d	n.d	47	9,5	n.d	7,5	88	4,9
Italia	13	6,0	23	3,4	27	2,9	27	2,5
Lituania	34	1,6	40	1,7	n.d	n.d	n.d	n.d
Germania	n.d	n.d	36	5,7	n.d	n.d	n.d	n.d
Regno Unito	10	16,3	12	12,9	14	11,6	n.d	n.d

Fonte: European Transport Safety Council - Drink driving: Towards Zero Tolerance

L'obiettivo fissato dall'Unione Europea nel Libro Bianco del 13 settembre 2001, che prevedeva la riduzione della mortalità del 50% entro il 2010, è stato perseguito in media dai 27 Paesi UE al 42,8% (Italia 42,4%), centrato solo da 7 con in testa le tre repubbliche baltiche (Lettonia, Estonia e Lituania) seguite da Spagna, Lussemburgo, Francia e Slovenia (vedi tabella 1.4.14).

L'Italia, confrontata con le altre grandi nazioni europee, si ritrova purtroppo fanalino di coda; oltre a Spagna (-55,2%) e Francia (-51,1%) che hanno raggiunto l'obiettivo, siamo dietro anche a Portogallo (-49,4%), Germania (-47,7%) e Regno Unito (-46%).

Tabella 1.4.14: Morti in incidenti stradali nei paesi membri dell'Unione Europea (UE27) valori assoluti e variazione percentuale - anni 2001-2010

Nazione	2001	2010	Δ % 2010/2001
Austria	958	552	-42,4
Belgio	1.486	840	-43,5
Bulgaria	1.011	775	-23,3
Cipro	98	60	-38,8
Danimarca	431	265	-38,5
Estonia	199	78	-60,8
Finlandia	433	270	-37,6
Francia	8.162	3.992	-51,1
Germania	6.977	3.651	-47,7
Grecia	1.880	1.281	-31,9
Irlanda	411	212	-48,4
Italia	7.096	4.090	-42,4
Lettonia	558	218	-60,9
Lituania	706	300	-57,5
Lussemburgo	70	32	-54,3
Malta	16	15	-6,3
Olanda	1.083	640	-40,9
Polonia	5.534	3.907	-29,4
Portogallo	1.670	845	-49,4
Regno Unito	3.598	1.943	-46
Repubblica Ceca	1.334	802	-39,9
Romania	2.454	2.377	-3,1
Slovacchia	625	353	-43,5
Slovenia	278	138	-50,4
Spagna	5.517	2.470	-55,2
Svezia	531	266	-49,9
Ungheria	1.239	739	-40,4
UE27	54.355	31.111	-42,8

Fonte: European Transport Safety Council – Drink driving: Towards Zero Tolerance

L'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'Istat mediante una rilevazione totale a cadenza mensile degli incidenti stradali, verificatisi nell'arco di un anno solare sull'intero territorio nazionale, che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti); quindi, dal computo sono esclusi gli incidenti con soli danni alle cose. Come sopra accennato l'Unione Europea, nel libro Bianco del 13 settembre 2001, ha fissato l'obiettivo che prevedeva, entro il 2010, la riduzione del 50% della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

Italia 2001-2010

riduzione degli
incidenti stradali
-19,6%

In Italia, tra il 2001 e il 2010, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 211.404, con un calo del 19,6%; i morti sono diminuiti da 7.096 a 4.090 (-42,4%) e i feriti da 373.286 a 302.735 (-18,9%).

Considerando che nello stesso arco temporale (2001-2010) il parco veicolare è cresciuto di circa il 17%, la performance dell'Italia è da considerarsi soddisfacente anche se l'obiettivo (riduzione del 50%) non è stato centrato; il dato italiano confrontato con quello UE27 è in linea (-42,4% vs -42,8%).

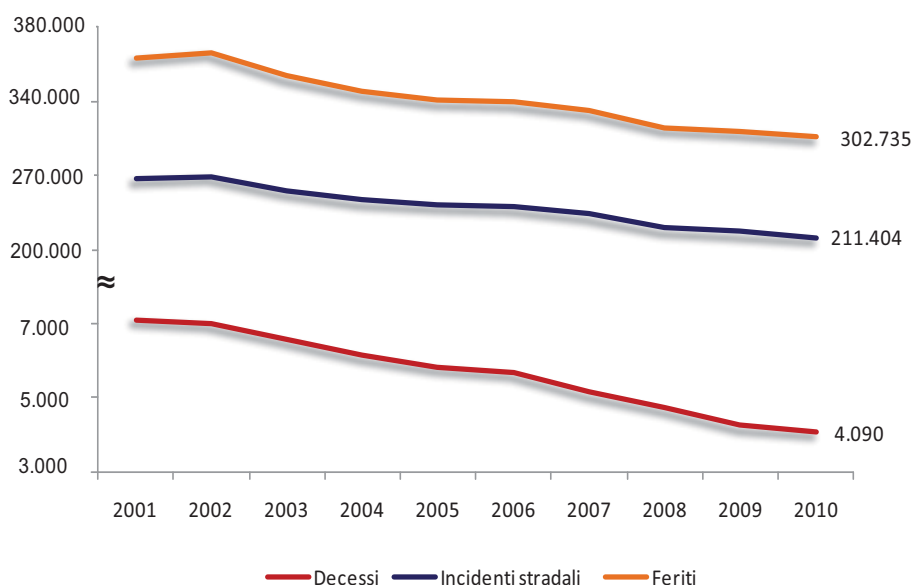
Nel 2010, rispetto al 2009, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-1,9%) e dei feriti (-1,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-3,5%).

riduzione dei
morti:
- 42,4%

riduzione dei
feriti: - 18,9%

aumento parco
veicolare:
+17%

Figura I.4.56: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia – Anni 2001-2010 - valori assoluti



Fonte: Rapporto ACI-ISTAT 2011

Dal raffronto 2009-2010 si evince una sostanziale stabilità per quanto concerne gli incidenti ed i feriti sia a causa dell'alcol che di droghe, mentre varia il quadro legato ai decessi; per l'alcol scende dal 4,25% al 3,33% mentre per droga si sale dallo 0,83% all'1,47%.

Quadro generale

Tabella I.4.15: Incidenti e cause, valori assoluti e percentuali, anni 2009-2010

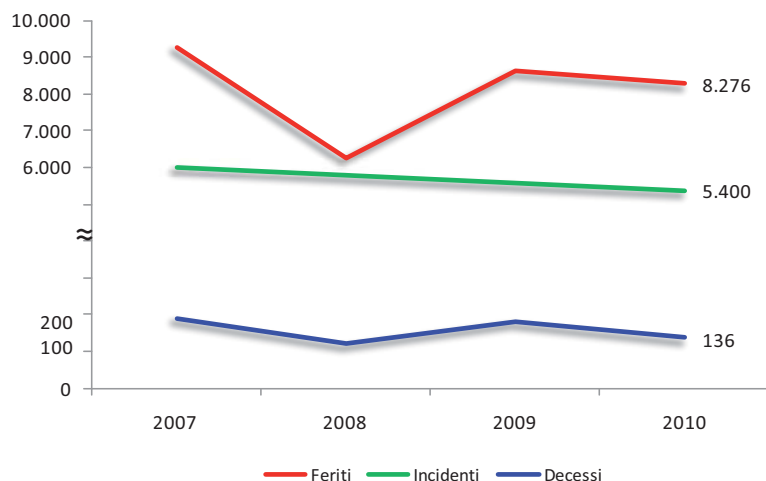
	2009			2010		
	Incidenti	Deceduti	Feriti	Incidenti	Deceduti	Feriti
Alcol	5.597	180	8.638	5.400	136	8.276
Droghe	848	35	1.489	916	60	1.471
Totale	6.445	215	10.127	6.316	166	9.717
Nessuna	208.960	4.022	297.131	205.088	3.924	293.018
Totale Gen.	215.405	4.237	307.258	211.404	4.090	302.735
Alcol	2,60%	4,25%	2,81%	2,55%	3,33%	2,73%
Droghe	0,39%	0,83%	0,48%	0,43%	1,47%	0,49%
Totale	2,99%	5,08%	3,29%	2,98%	4,80%	3,22%

Fonte: Elaborazioni DPA su dati ISTAT

Dal 2009 al 2010 aumentano i decessi per droghe (1,47%) e diminuiscono quelli per alcol (3,33%)

Quasi il 5% dei decessi 2010 è causato ufficialmente da alcol o droga

Figura I.4.57: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia alcol correlati – Italia - anni 2007-2010 - valori assoluti

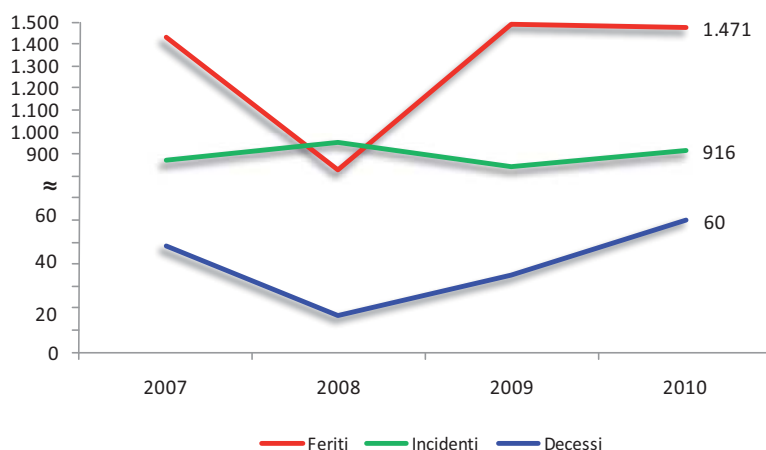


Gli incidenti alcol correlati causano molti più decessi della media

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Nella figura I.4.57 si evidenzia un trend molto stabile degli incidenti alcol correlati, mentre per i decessi e feriti è rilevante notare l'incremento in valore assoluto negli anni 2009 e 2010. Lo stesso fenomeno, in maniera ancora più rilevante, è evidenziato per i decessi droga correlati nella successiva figura I.4.58

Figura I.4.58: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia droga correlati – Italia - anni 2007-2010 - valori assoluti



Anche gli incidenti droga correlati causano molti più decessi della media

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Tabella I.4.16: Infrazioni accertate per art. 186 e 187 CdS e percentuali sul totale delle stesse
- Italia - anni 2009-2011

	2009	2010	2011	%09	%10	%11
Guida sotto l'influenza di alcool (art. 186)	26.785	24.744	25.956	+1,09	+1,04	+1,07
Guida sotto l'effetto di sost. stup. (art. 187)	2.211	2.083	2.003	+0,09	+0,09	+0,08
Totale infrazioni per art. 186 e 187	28.996	26.827	27.959	+1,18	+1,13	+1,15
Tot. Gen. Infrazioni	2.448.641	2.369.540	2.426.956			

Fonte: Elaborazione su dati Ministero Interno - Polizia Stradale

Più dell'1% le infrazioni accertate per alcool

Dall'analisi della tabella I.4.16 si riscontra che, nell'ultimo anno considerato, le infrazioni accertate dalla Polizia Stradale per violazione dell'art. 186 del Codice della Strada sono in aumento, così come il totale generale delle infrazioni, mentre quelle legate all'art. 187 CdS fanno registrare un ulteriore calo. Il rapporto tra le infrazioni per alcool e sostanze stupefacenti rispetto al totale generale delle infrazioni evidenzia un trend in aumento per violazione art. 186 mentre è di segno opposto per l'art. 187 del Codice della Strada.

Più controlli meno infrazioni

I dati relativi all'incidentalità nel fine settimana forniti da ASAPS (Associazione Sostenitori Amici Polizia Stradale) per l'anno 2011 evidenziano un andamento positivo. Secondo i rilievi della sola Polizia Stradale e dell'Arma dei Carabinieri, rispetto al 2010, si registrano lievi diminuzioni per: numero complessivo dei sinistri, vittime, decessi al di sotto dei 30 anni, feriti e incidenti mortali su due ruote.

Dati del weekend:

Incidenti -10,3%

Decessi -12,2%

Feriti -9,8%

Anche gli incidenti e le vittime nelle ore notturne (22,00-06,00), diminuiscono: gli incidenti complessivi sono passati da 45.757 nel 2010 a 41.042 nel 2011, -4.715 incidenti pari a un calo del 10,3%; le vittime sono passate da 1.263 a 1.100 (-163 soggetti, pari ad una diminuzione del 12,2%) e i feriti da 36.327 sono scesi a 32.762, -3.565 pari a una diminuzione del 9,8%. I ragazzi con meno di 30 anni che hanno perso la vita nel 2011 sono stati 377, contro i 453 del 2010 -76 decessi pari al -16,8%.

Decessi Under 30: -16,8%

Per l'incidentalità notturna, (relativa alla fascia oraria che va dalle 22,00 alle 06,00 del venerdì sul sabato e del sabato sulla domenica) 345 persone hanno perso la vita in 305 incidenti. Rispetto al 2010, si registra un decremento del 13,1%, ovvero ben 52 decessi in meno rispetto alle 397 vittime delle notti dei week-end dell'anno precedente.

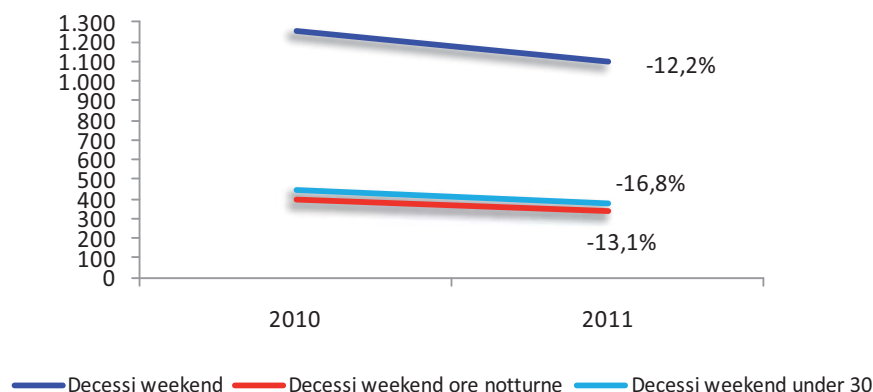
Decessi notturni -13,1%

Tabella I.4.17: Incidentalità nel fine settimana - anni 2010-2011

	2010	2011	Δ % 2011/2010
Incidenti complessivi nei weekend	45.757	41.042	-10,3
Decessi nei weekend	1.263	1.100	-12,2
Decessi nei weekend ore notturne	397	345	-13,1
Decessi nei weekend under 30	453	377	-16,8
Feriti nei weekend	36.327	32.762	-9,8

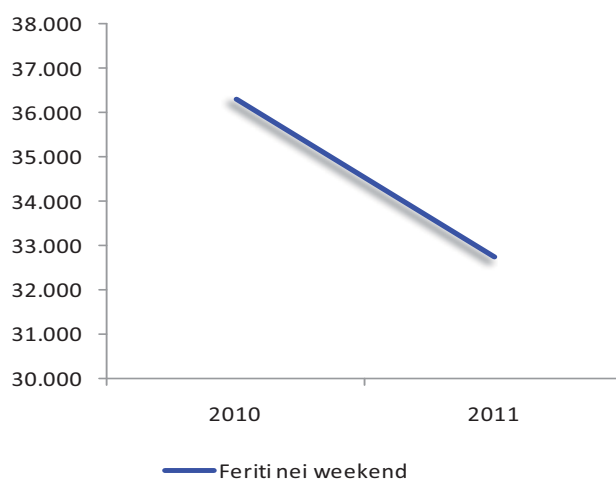
Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Figura I.4.59: Confronto decessi nel fine settimana 2010-2011



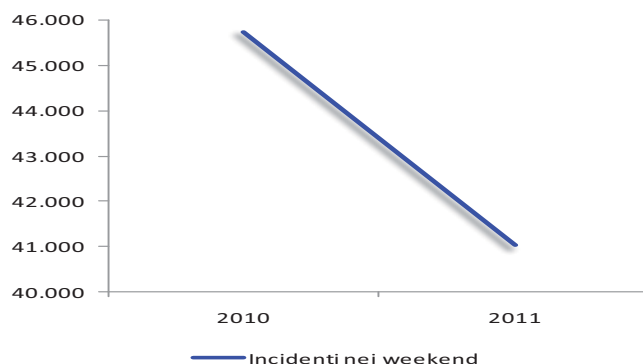
Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Figura I.4.60: Confronto feriti nel fine settimana, anni 2010-2011



Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Figura I.4.61: Confronto incidenti nel fine settimana, anni 2010-2011



Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

L'Osservatorio "Sbirri Pikkiati" del Centauro - ASAPS nel 2011 ha registrato 2.230 casi di aggressione fisica (referto medico per lesioni fisiche subite) ad operatori di polizia che operano su strada. In 496 casi (22%) per aggredire l'operatore sono state usate armi proprie o improprie (bastoni, coltelli, crick, in molti casi la stessa vettura

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

per travolgere l'operatore). Il 52,6% delle aggressioni hanno riguardato appartenenti all'Arma dei Carabinieri, il 35,8% alla Polizia di Stato, il 10,4% alla Polizia Locale, il 5,7% ad altri corpi. In 757 casi (34%) l'aggressore era sotto gli effetti di alcol o sostanze stupefacenti. Nel 2010 le aggressioni erano state 2.079, l'incremento è quindi del 7%. Il 35,5% degli episodi avviene al nord, il 24,8% al centro e il 39,8% al sud.

L'Osservatorio ASAPS "I contromano", che registra le infrazioni da cui conseguono incidenti, pur nella limitata casistica, indica che, nel 2011, su 304 episodi riscontrati in ben 72, pari al 23,7%, è stata accertata nel conducente lo stato di ebbrezza da alcol o l'uso di sostanze stupefacenti.

Il 23,7% dei conducenti "contromano" sotto l'effetto di alcol o droga

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

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

Il protocollo Drugs on Street

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

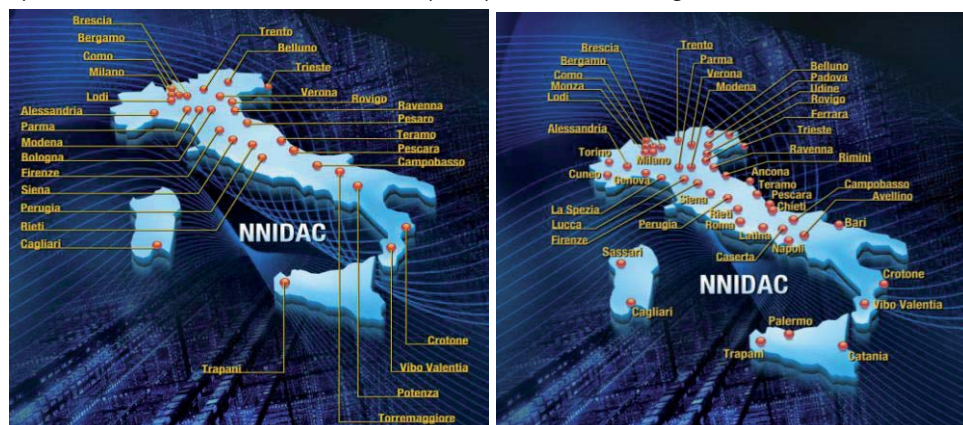
A seguito della fattiva esperienza portata avanti dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 20 di Verona, il Dipartimento Politiche Antidroga ha esteso l'iniziativa coinvolgendo gran parte del territorio nazionale invitando alla creazione di network locali che ripercorressero l'esperienza veronese: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

In seguito ad un'attenta valutazione dei tassi di incidentalità e sulla base delle manifestazioni di interesse fornite dalle Prefetture, nell'anno 2009 sono stati individuati 29 Comuni italiani ai quali è stato attribuito un finanziamento per l'attivazione di progetti esecutivi territoriali adattabili alle esigenze locali, nel rispetto degli obiettivi previsti dal Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo D.O.S.

Sperimentazione attiva in 29 Comuni italiani

Il progetto, che si avvale della collaborazione del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, del Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome, dell'ANCI, del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani e del coordinamento delle Prefetture, è stato attivato per il biennio 2010/2011 nei 29 Comuni riportati a sinistra in figura 1. Il progetto proseguirà per il biennio 2012/2013 ampliando a circa 50 il numero di Comuni partecipanti.

Figura I.4.62: Comuni aderenti e partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011(a sin) e ampliamento a 50 comuni nel 2012-2013 (a dx.) – Protocollo Drugs on Street.



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011 – Protocollo DOS

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

I risultati di seguito riportati sono relativi alle attività di controllo condotte presso i Comuni interessati nel biennio 2010/2011.

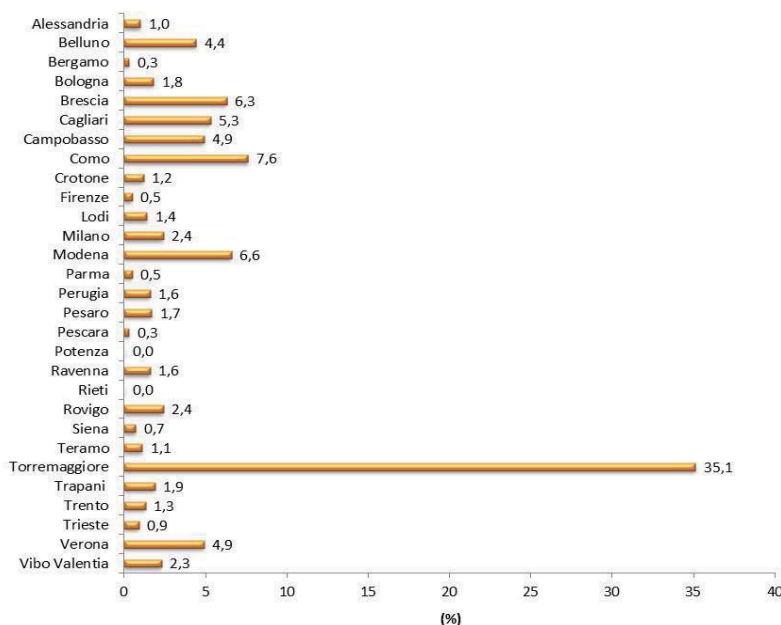
I risultati descritti si riferiscono ad un campione di conducenti sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici, fermati con criterio casuale tra la popolazione dei conducenti sul territorio nazionale, in fascia oraria notturna (00.00 - 6.00) compresa tra venerdì e sabato, e sabato e domenica.

Durante l'attività di controllo sono stati fermati quasi 44.300 veicoli e sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici oltre 25.000 conducenti, nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Risultati attività
2010/2011

Figura I.4.63: Distribuzione percentuale dei veicoli controllati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010/2011.

44.300 Veicoli
controllati

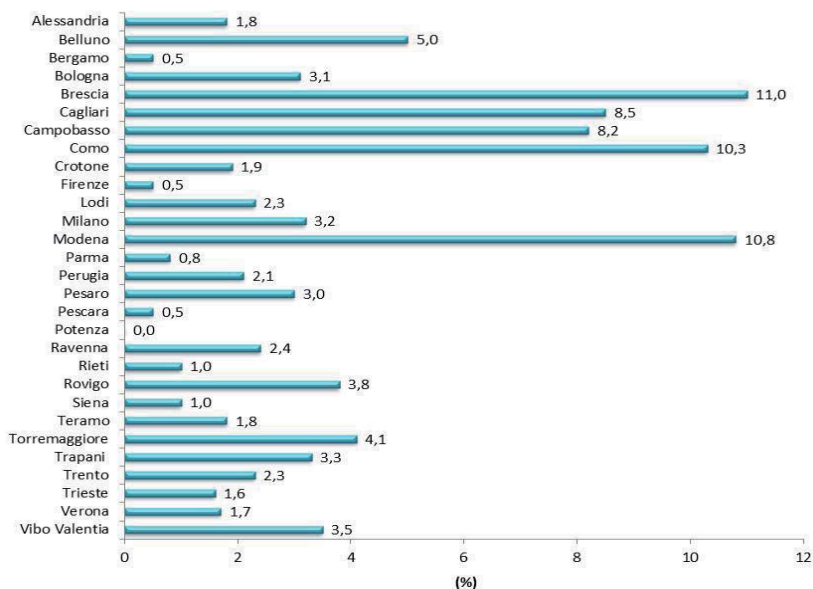


Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011 – Protocollo DOS

Nota: il comune di Torremaggiore ha operato in ambito provinciale

Figura I.4.64: Distribuzione percentuale dei conducenti esaminati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010/2011

Oltre 25.000
conducenti
sottoposti ad
accertamenti
clinico-
tossicologici



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011 – Protocollo DOS

Tabella I.4.18: Controlli effettuati sui conducenti fermati per accertamenti ai sensi degli artt. 186 e 187 CdS, ed esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati

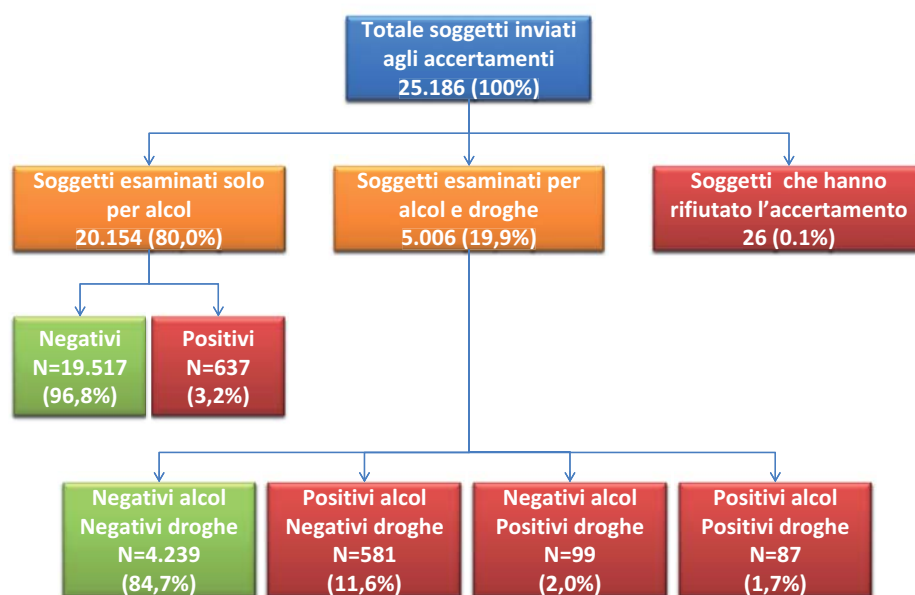
In oltre il 5,5%
dei fermati è stata
riscontrata
positività per alcol
o droghe

Caratteristiche	N	% c
Controlli effettuati		
Totale Conducenti inviati agli accertamenti	25.186	100
Totale esaminati solo per alcol	20.154	80,0
Totale esaminati per alcol e droga	5.006	19,9
Rifiuti ad effettuare esami clinico-tossicologici	26	0,1
Esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati (25.160 soggetti)		
Conducenti negativi	23.756	94,3
Positivi Solo Alcol (art. 186 e 186bis del C.d.S.)	1.218	4,8
Positivi Solo Droghe (art. 187 C.d.S.)	99	0,4
Positivi Alcol e Droghe (artt. 186, 187 C.d.S.)	87	0,3
Totale Conducenti Positivi	1.404	5,6

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

Rispetto all'intero campione di conducenti sui quali sono stati eseguiti i controlli, è emersa una positività all'alcol, alle droghe o all'associazione di alcol e droghe pari al 5,6%. Tra i conducenti positivi all'etilometro (1.218), la maggior parte (81,4%) ha un tasso alcolemico compreso tra 0,5 – 1,5 g/l (fino a 3 volte il limite legale consentito, pari a 0,5 g/l), il 9,9% ha un'alcolemia compresa tra 0,0 – 0,5 g/l (limite per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose) e il restante 8,7% un'alcolemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo.

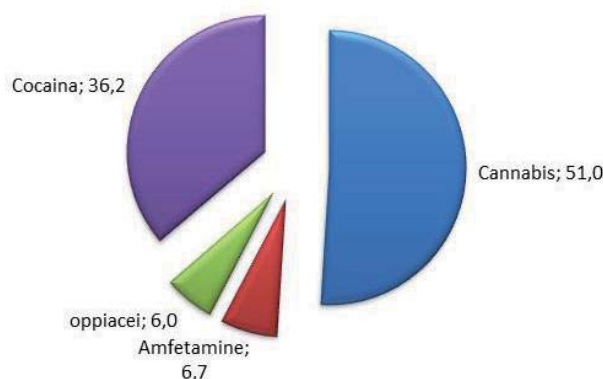
Figura I.4.65: Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga.



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

Il dettaglio delle sostanze presenti nei soggetti testati per alcol e droghe è riportato nella figura I.4.66.

Figura I.4.66: Positività alle sostanze psicoattive riscontrate tra i conducenti esaminati per droghe (5.006 soggetti)



51% positivi per cannabis, 36,2% positivi per cocaina

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

Tra i conducenti risultati positivi alle droghe, la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (51% dei casi) e svolge un ruolo principale nel determinismo di incidenti stradali sia per la frequenza d'uso nella popolazione generale, sia per gli effetti conseguenti l'assunzione, segue la cocaina (36,2%), seguono le amfetamine (6,7 %) e gli oppiacei (6%)².

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

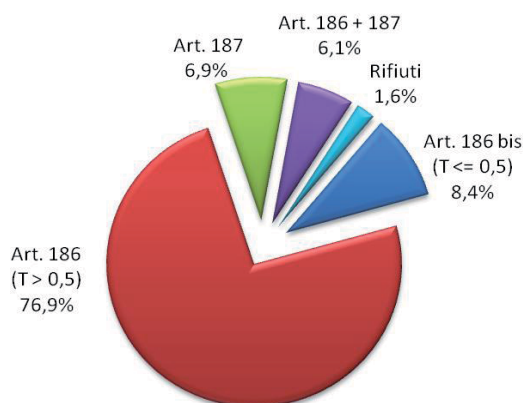
Poliassunzione

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

Il nuovo Codice della Strada

² Fonte: Zalesky A., Solowij N., Yu Cel M., Dan, et al: "Effect of long-term cannabis use on axonal fiber connectivity". Brain, June 2010; Wadsworth E.J.K., Moss, S.C., Simpson S.A., Smith A.P. "A community based investigation of the association between cannabis use, injuries and accidents" – Journal of Psychopharmacology, 2005

Figura I.4.67: Sanzioni a carico dei conducenti risultati positivi



1.310 patenti
ritirate 112 veicoli
sequestrati

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

Sul totale dei conducenti sanzionati (1.430), sono state ritirate 1.310 patenti e sequestrati 112 veicoli.

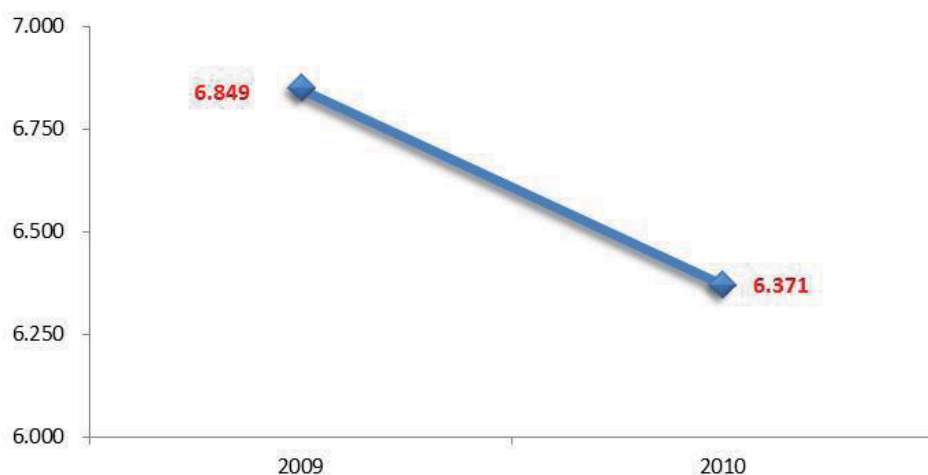
Il 76,9% dei conducenti esaminati è stato sanzionato per abuso di alcol (tra 0,5 – 1,5 g/l), condizione che risulta anche essere il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali. Seguono le sanzioni per gli articoli 186-bis con l'8,4%, 187 con il 6,9% e la poliassunzione di sostanze stupefacenti associata all'uso di alcol col il 6,1%.

Nei Comuni aderenti al progetto è stata effettuata un'analisi comparata dell'incidentalità notturna tra il periodo di applicazione del Protocollo D.O.S durante i controlli su strada e lo stesso periodo dell'anno precedente; nella maggioranza di essi, si è riscontrata una diminuzione dell'incidentalità notturna.

L'elaborazione, eseguita su una base dati di 19 Comuni su 29, evidenzia nel 2010 un calo sia degli incidenti sia dei feriti rispetto al 2009, ma un aumento dei decessi. E' stato rilevata, inoltre, una diminuzione generale delle sanzioni applicate.

Rilevazione
dell'incidentalità
notturna

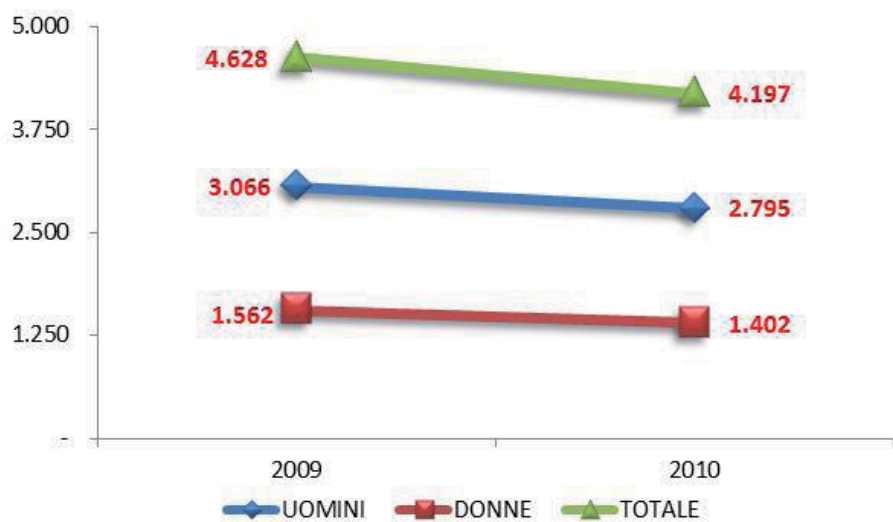
Figura I.4.68: Andamento degli incidenti stradali 2009-2010



Diminuzione
degli incidenti
stradali dal 2009
al 2010

Rispetto al 2009, nel 2010 gli incidenti stradali nei 19 comuni hanno subito una diminuzione pari a 478 episodi (meno 7% rispetto all'anno precedente).

Figura I.4.69: Numero di feriti causati da incidenti stradali 2009-2010



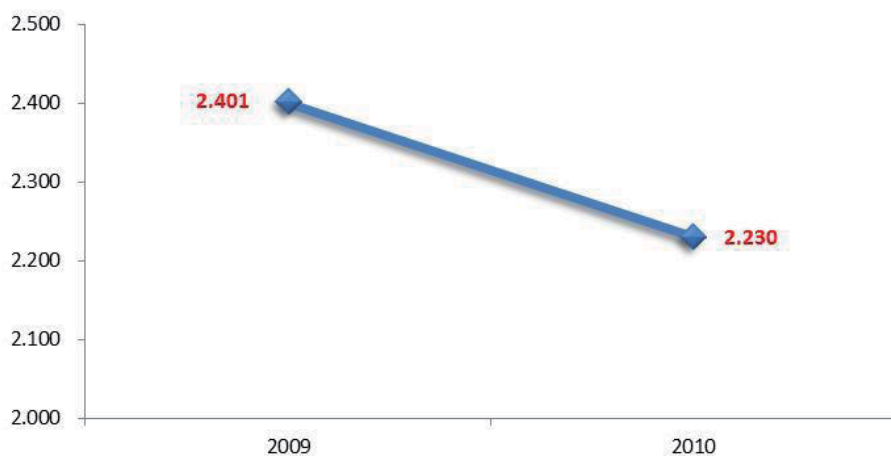
Diminuzione del numero di feriti causati da incidenti stradali dal 2009 al 2010

Anche il numero dei feriti è diminuito, passando, complessivamente, 4.628 a 4.197 (2009 vs, 2010), con una riduzione di 431 casi (meno 9%)

Nei 19 territori che hanno contribuito alla rilevazione dei dati sulla incidentalità con danni a persone è stata anche rilevata l'applicazione delle sanzioni CdS a carico dei conducenti.

Applicazione delle sanzioni 2009-2010

Figura I.4.70: Applicazione delle sanzioni 2009-2010



Rispetto al 2009 le sanzioni mostrano complessivamente una riduzione del 7%; questo valore risulta del tutto sovrapponibile a quello osservato per gli incidenti.

La diffusione del Protocollo Drugs on Street a livello nazionale ha posto le basi per lo sviluppo e l'implementazione di azioni di prevenzione e controllo mirate a contrastare l'incidentalità stradale alcol e droga correlata. La creazione di reti a livello locale composte da Prefetture, Forze dell'Ordine, personale sanitario e altri Enti coinvolti nei progetti territoriali, il supporto formativo organizzato dal Dipartimento Politiche Antidroga, nonché le campagne informative locali, hanno costituito un Network efficace non solo per la realizzazione e l'incremento di controlli su strada, nel rispetto delle norme previste dal Codice della Strada, ma anche per creare un effetto deterrente sui territori interessati, rendendo più consapevoli i conducenti che si mettono alla guida. A seguito delle manifestazioni di interesse espresse dai Comuni aderenti al progetto NNIDAC 2010/2011 e sulla base dei risultati ottenuti, che hanno dimostrato l'efficacia degli interventi in termini di individuazione dei

conducenti alla guida in stato alterato, il Dipartimento Politiche Antidroga ha ritenuto opportuno estendere per il biennio 2012/2013 il Progetto Quadro NNIDAC a circa 50 Comuni Italiani.

I.4.4. Mortalità acuta droga correlata

Come da indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, l'argomento della mortalità nei consumatori di droga viene suddiviso tra mortalità per intossicazione acuta e mortalità per altra causa. La prima viene analizzata nel presente paragrafo, mentre nel successivo verranno descritti i decessi di pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate. Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, che rileva gli episodi in cui siano state interessate le Forze di Polizia su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive).

In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, anno in cui si sono registrati 1.002 casi di decesso per overdose, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 al 2007 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 551 e i 653 decessi. Negli anni successivi si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2011 con un numero di decessi pari a 362 (Figura I.4.71). Gli andamenti per genere non evidenziano particolari differenze ed il rapporto dei decessi tra maschi e femmine si attesta all'incirca a 9 maschi ogni donna (9,3); tale quoziente varia da un minimo di 6,5 nel 2011 (in cui il 13,3% dei deceduti era costituito da donne) ad un massimo di 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi) (Tabella I.4.19).

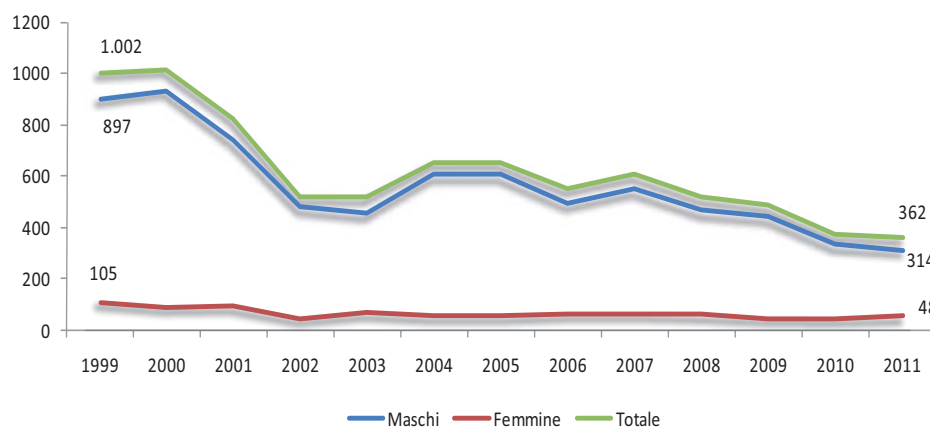
Trend in forte
decremento dei
decessi droga
correlati: da 1.002
decessi nel 1999 a
362 nel 2011

Tabella I.4.19: Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2011

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440	332	314
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44	42	48
Tot.	1002	1016	825	520	517	653	653	551	606	517	484	374	362
M/F	8,5	11,0	8,4	11,4	7,2	11,8	11,8	8,3	9,1	8,4	10,0	7,9	6,5

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

Figura I.4.71: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2011

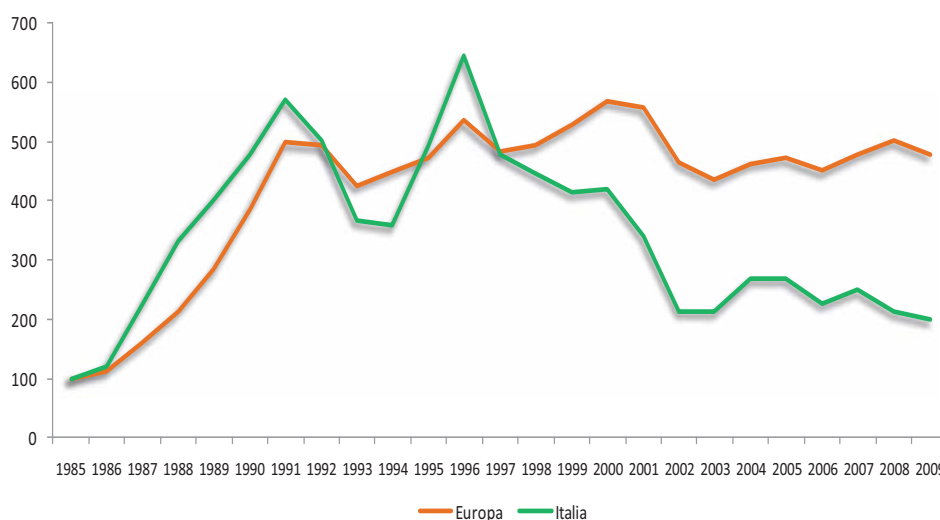


Continua la
diminuzione dei
decessi

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

I decessi per intossicazione acuta da stupefacenti in Europa e in Italia hanno subito un'impennata negli anni ottanta e nei primi anni novanta; in Italia, ciò è avvenuto soprattutto in associazione all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via endovenosa. Dal 1997, in Italia, il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente fino al 2002, con molta probabilità dovuto all'aumento in quegli anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori. Nel periodo successivo, dal 2003 al 2009, il trend si stabilizza a valori lievemente superiori, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati (Figura I.4.2).

Figura I.4.72: Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2009 (Anno base 1985=100)



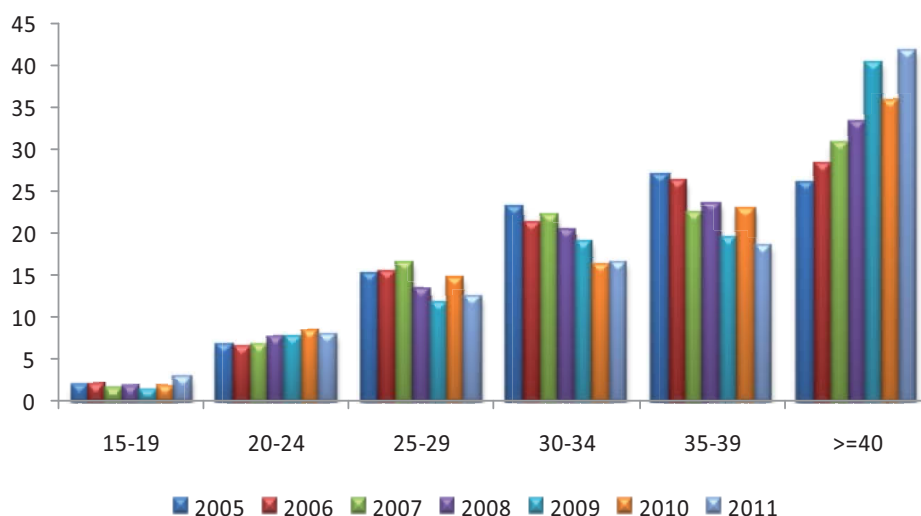
Maggior
decremento dei
decessi in Italia
rispetto al trend
europeo

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2011

Nell'ultimo decennio l'età del decesso è progressivamente aumentata, passando in media dai 32 anni circa del 1999 ai 37 anni del 2011; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2011 tale quota raggiunge il 60% circa, che risulta il valore più alto insieme a quello registrato nel 2009. Caratteristiche sostanzialmente simili si riscontrano dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere, sebbene in quello femminile si osservi una maggiore variabilità nel periodo temporale oggetto di analisi. Per entrambi, la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40. Prendendo in analisi l'anno 2011, si osserva una riduzione dei decessi nelle fasce di età 25-29 e 35-39 sia per i maschi che per le femmine; per queste ultime vi è una diminuzione anche nella classe 20-24 anni.

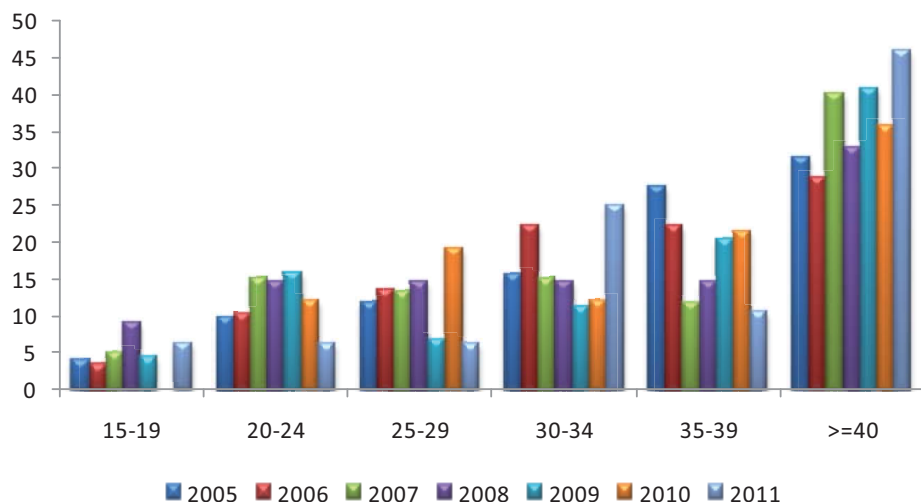
Aumento dell'età
media del
decesso: da 32
anni nel 1999 a 37
anni nel 2011

Figura I.4.73: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2005 – 2011



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

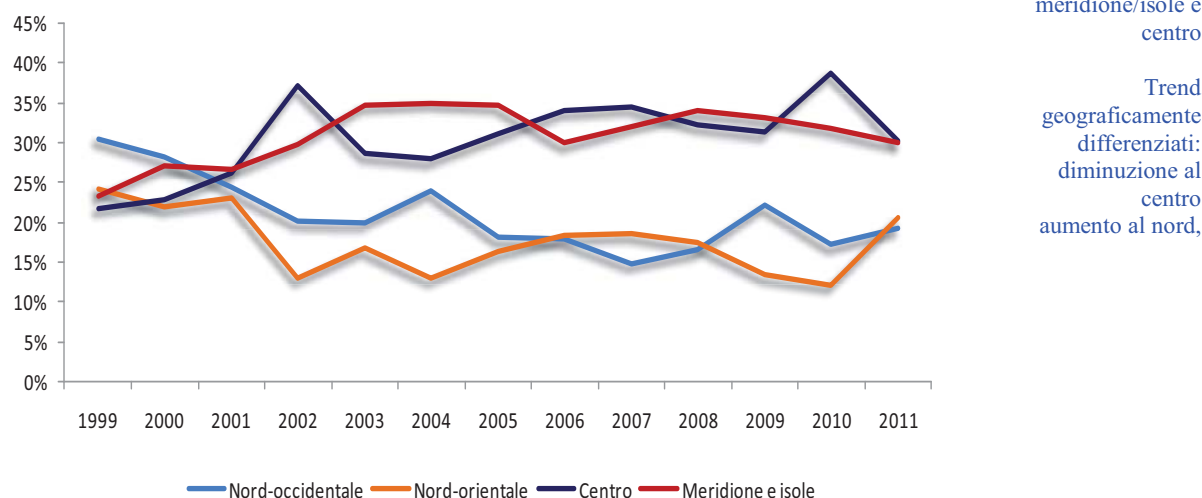
Figura I.4.74: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2005 – 2011



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

Differenze tra i generi si osservano nelle fasce di età dei giovani adulti (20-24 anni) e giovanissimi (15-19 anni) con percentuali di decessi più elevate per le femmine. Nella fascia di età più giovane, si osserva una tendenziale riduzione nel tempo della percentuale di decessi tra i maschi fino al 2009, con un successivo lieve aumento negli ultimi due anni. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi è costantemente superiore a quella dei maschi di giovane età, con valori massimi nel 2008 (9,1%); nel 2010, non si sono registrati decessi tra le femmine, mentre nel 2011 si registra una percentuale pari al 6,3% (Figura I.4.74).

Figura I.4.75: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 – 2011



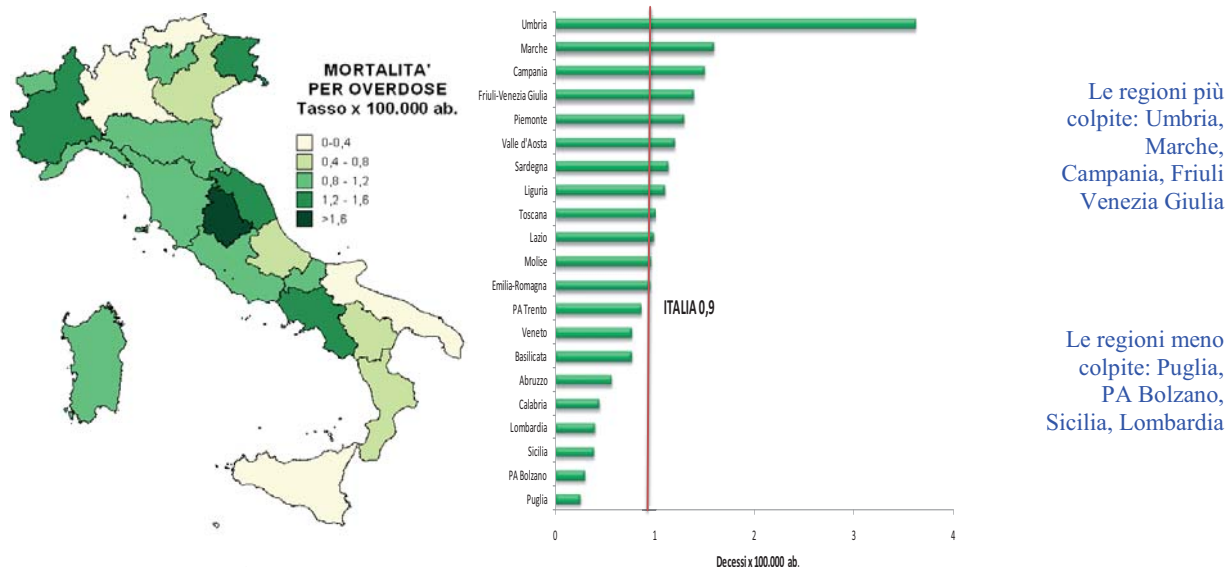
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta, a livello territoriale, nell'ultimo decennio, evidenzia una predominanza nell'area centro-meridionale del Paese, che si mantiene con una discreta variabilità per tutto il periodo considerato. Nel 2011, si osserva una diminuzione dei decessi nel centro Italia ed un aumento nelle zone Nord del Paese, mentre è quasi stabile per meridione ed isole (Figura I.4.75).

Anche nel 2011, l'Umbria risulta essere la Regione maggiormente colpita dai decessi per overdose facendo registrare un tasso di mortalità³ pari a quasi 4 decessi ogni 100.000 residenti, seguita dalle Marche e dalla Campania. I quattro casi registrati nel Trentino Alto Adige, sono localizzati uno nella Provincia Autonoma di Bolzano e tre nella Provincia Autonoma di Trento (Figura I.4.76).

³ Il tasso di mortalità per intossicazione acuta viene calcolato dividendo il numero dei deceduti per i residenti in una determinata regione sulla popolazione (15-64 anni - a rischio) residente nella regione alla data del 1 gennaio 2011.

Figura I.4.76: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011

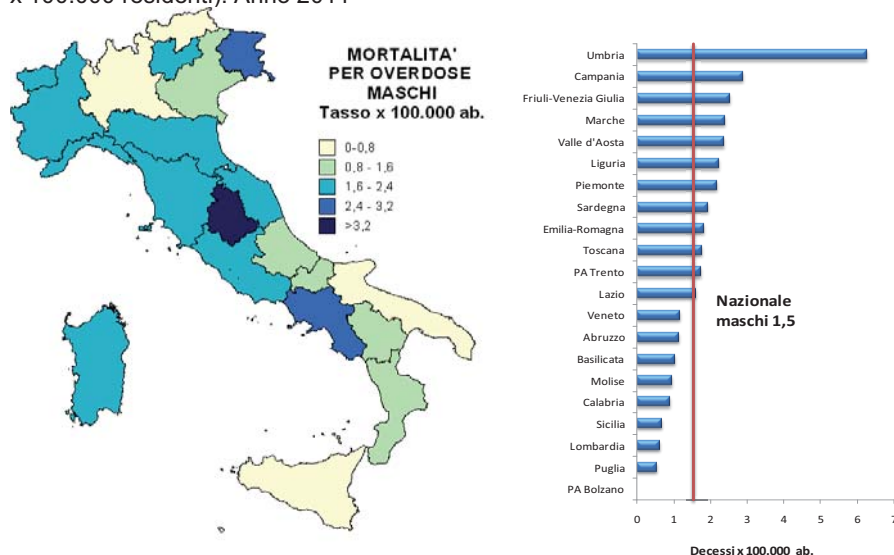


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

La distribuzione del tasso di mortalità per intossicazione acuta nei maschi per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Regione Umbria (6 decessi per 100.000 residenti), seguita dalla Campania e dal Friuli Venezia Giulia con 3 decessi per 100.000 residenti (Figura I.4.77).

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

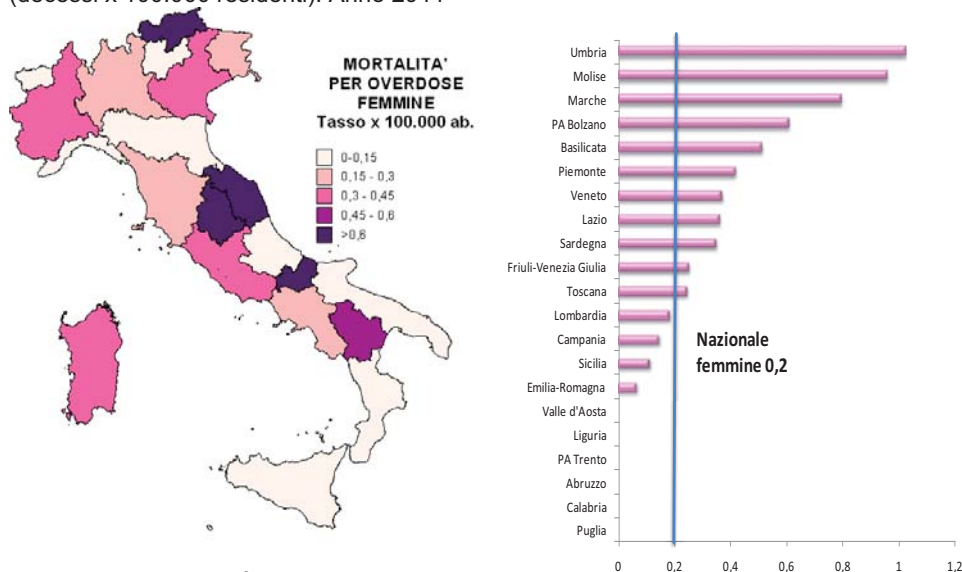
Figura I.4.77: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nei maschi (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011



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

Per le femmine il tasso di mortalità risulta essere sensibilmente inferiore rispetto a quello dei maschi in quasi tutte le regioni; il valore medio nazionale è pari a 0,2 decessi per 100.000 residenti a fronte di 1,5 decessi per 100.000 residenti osservato nei maschi. Anche in questo caso la regione più colpita è l'Umbria con un 1 decesso per 100.000 residenti (Figura I.4.78).

Figura I.4.78: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nelle femmine (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011

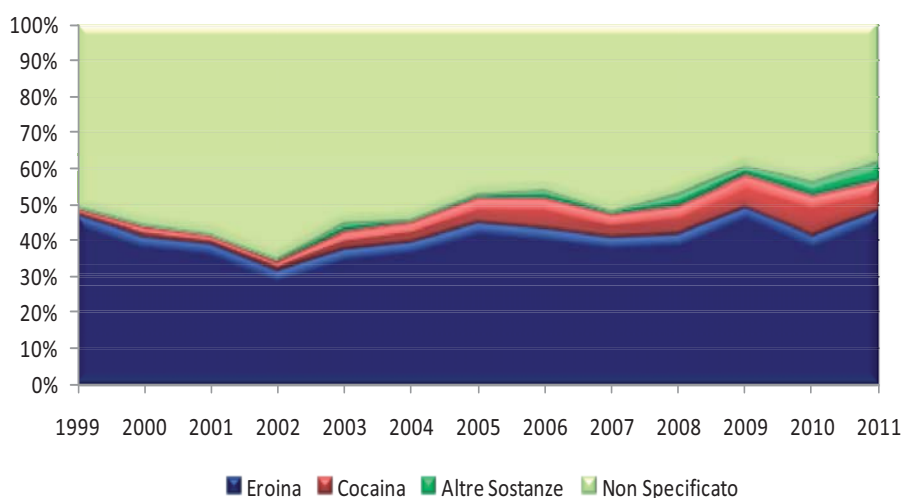


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per circa il 38% dei decessi registrati nel 2011 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 48% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nell'8% alla cocaina, nel 4% al metadone nel restante 1% ad altre sostanze (un decesso per M.D.M.A., uno per metamfetamina, uno per crack, uno per hashish e due per barbiturici). L'eroina si conferma, quindi, lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi e di tossicodipendenze. Come nel 2010, l'età media dei decessi sia per l'eroina che per la cocaina risulta pari a 37 anni.

Eroina prima
sostanza
responsabile
dei decessi

Figura I.4.79: Percentuale dei decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza. Anni 1999 – 2011



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

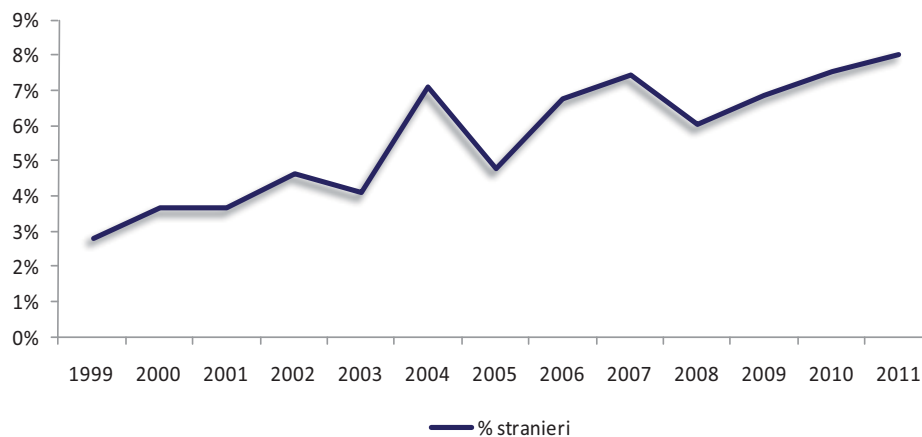
Dal 1999, anno in cui si sono registrati 470 decessi attribuiti ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002 raggiungendo 165 decessi; dal 2004 al 2009 (ad eccezione di un picco nel 2005) si osserva una

Trend in
diminuzione di

tendenziale stabilità del fenomeno, tra i 200 e i 250 casi l'anno; nel 2010 si registra un nuovo forte decremento (154 decessi, pari a -34,7%). Nel 2011, invece, viene registrato un aumento con un numero di decessi per eroina pari a 174 (+13%). Per quanto riguarda la quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, questa risulta in lento ma graduale aumento fino al 2010, mentre nel 2011 si registra una diminuzione, passando da 41 a 29 decessi (-29,3%) (Figura I.4.79). La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.4.80) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente, al di sotto del 3% ad inizio periodo, arrivando all' 8% nel 2011.

overdose per la
cocaina, in
aumento per
l'eroina

Figura I.4.80: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 – 2011



Aumento
percentuale delle
overdose nella
popolazione
straniera

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

I.4.5. Mortalità tra i consumatori di droga

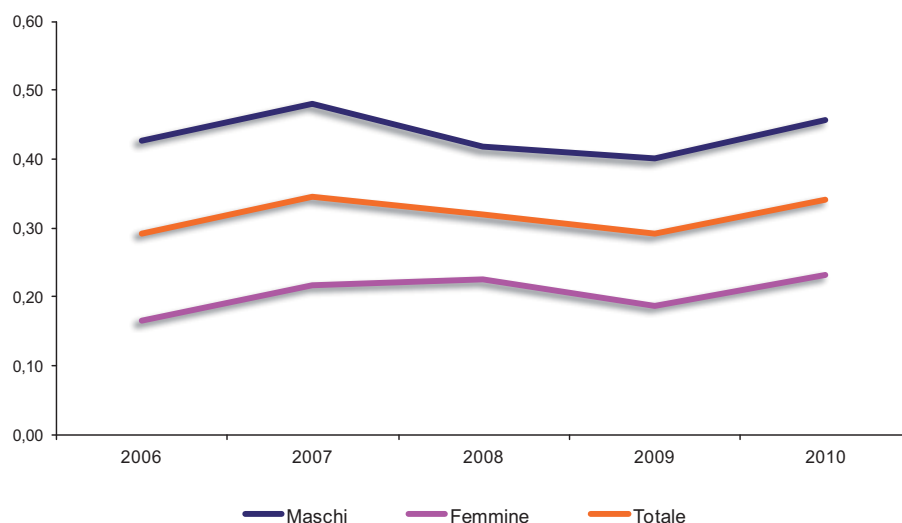
L'intossicazione acuta da una o più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe. Tuttavia il fenomeno della mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti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

Ancora
difficoltosa la
ricostruzione delle
varie cause di
morte droga
correlate

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

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

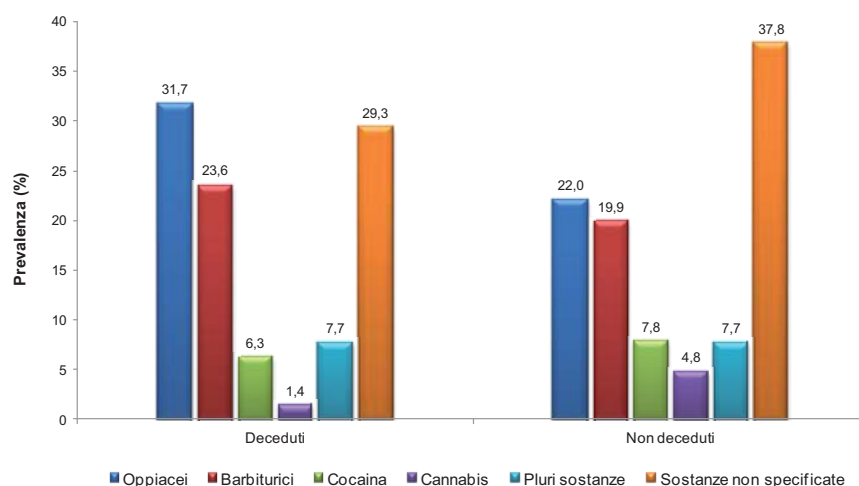
Figura I.4.81: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati con esito di decesso per genere. Anni 2006 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Anche nel 2010, i ricoveri con esito infausto si attestano a valori inferiori all'1% del totale dei ricoveri droga correlati (208). Il confronto del tasso di ospedalizzazione dei decessi negli ultimi cinque anni evidenzia una contrazione dal 2007 al 2009 (206 nel 2007, 192 nel 2008 e 177 nel 2009) a fronte di un aumento dei decessi nell'ultimo anno (17,5%). Considerando la differenza per genere, rispetto al 2009 nel 2010 si osserva un aumento dei decessi per entrambi i generi; per il genere maschile si rileva un aumento dell'1,0% sul totale maschi ricoverati (0,81% nel 2008 e 0,7% nel 2010), per il genere femminile si evidenzia un aumento dello 0,7% sul totale delle ricoverate (0,65% nel 2008 e 0,58% nel 2009).

Figura I.4.82: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010

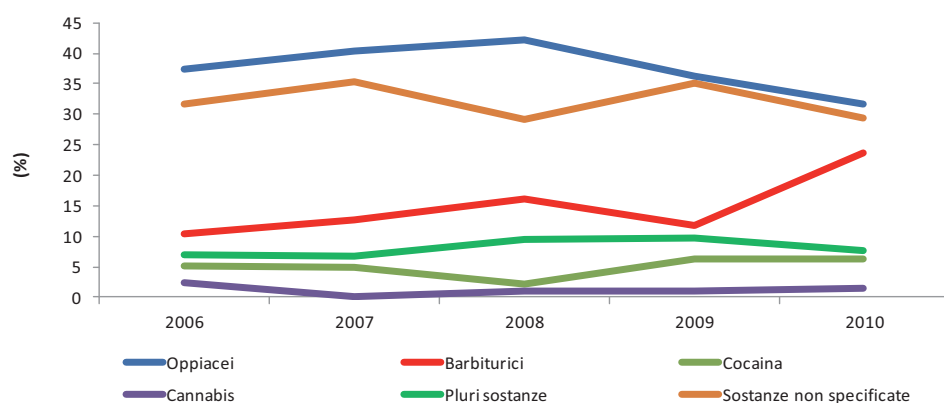


Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Dal 2006 al 2010 le sostanze di abuso che hanno provocato più decessi sono risultate essere gli oppiacei con un aumento fino al 2008 (37,4% nel 2006, 40,3 % nel 2007 e

42,2% nel 2008) per poi diminuire nel biennio successivo (36,2% nel 2009 e 32,7% nel 2010), mentre le sostanze non specificate sono risultate essere in calo nell'ultimo biennio (11,8% nel 2009 e 23,6% nel 2010). Tra le sostanze con minore percentuale di decessi, si osservano i barbiturici, che, peraltro, nell'ultimo biennio hanno fatto registrare un aumento di 11,7 punti percentuali con 21 decessi nel 2009 vs. 49 decessi nel 2010; in particolar modo i più colpiti risultano essere i soggetti con età maggiore di 65 anni.

Figura I.4.83: Percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso, secondo la sostanza d'abuso. Anni 2006 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

