

PARTE 6

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga

- 6.1.1 Decessi per overdose
- 6.1.2 Decessi droga correlati

6.2 Malattie infettive droga correlate

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

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

6.4 Altre implicazioni e conseguenze per la salute

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

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

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

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

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

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

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

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

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

6.1 DECESSI DROGA CORRELATI E MORTALITÀ NEI CONSUMATORI DI DROGA¹

6.1.1 Decessi per overdose

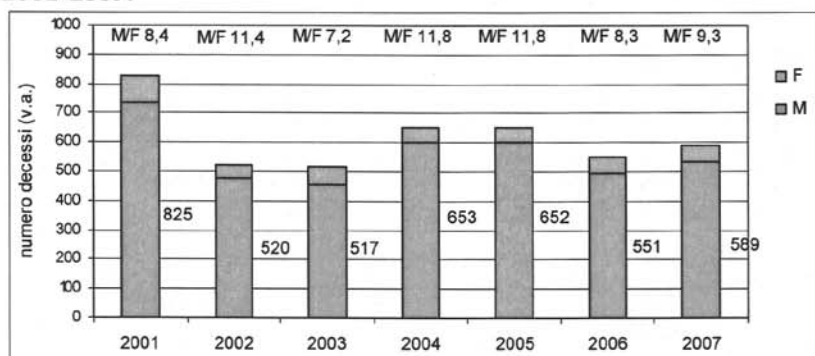
Così come richiesto dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, a proposito della mortalità nei consumatori di droga, nel presente paragrafo si analizzeranno esclusivamente i decessi per overdose, mentre nel successivo i complessivi decessi droga correlati.

Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) del Ministero dell'Interno, che rileva tali episodi su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive) in cui siano state interessate le Forze di Polizia².

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

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

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



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA

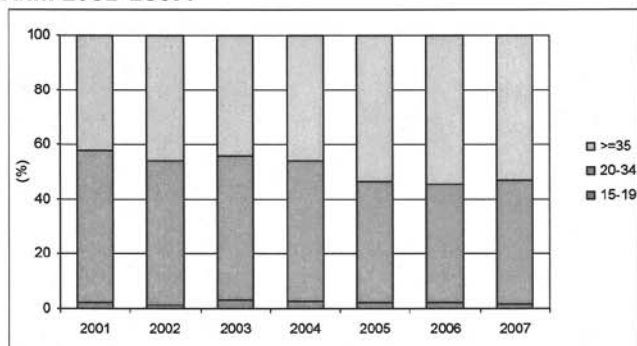
Dal 2001 l'età al decesso è progressivamente aumentata: l'età media passa dai 33 anni circa del 2001 ai 35 del 2007; se all'inizio del periodo considerato circa il 42% dei decessi era costituito da over 35enni, dal 2005 tale quota supera il 53%.

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

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

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

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



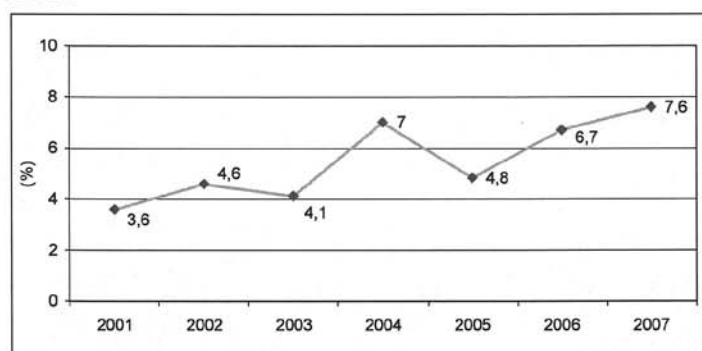
Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA

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

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

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

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



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA

6.1.2 Decessi droga correlati

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

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

La corretta lettura degli indicatori richiede però una conoscenza sui meccanismi che sono alla base della loro costruzione. Tra i Decessi Droga Correlati (nel seguito DDC), si registra negli ultimi anni una certa contrazione degli eventi, ma più che da una reale riduzione del fenomeno, questa ha una concreta probabilità di derivare dalla definizione della causa e dalla modalità di registrazione della stessa che nella pratica non consente, ad oggi, di inserire nelle statistiche i decessi da sostanze psicoattive come ad es. la cocaina, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari) o i decessi indirettamente correlati all'uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall'intossicazione acuta). L'attribuzione della causa di morte si basa sulla prima diagnosi del medico che certifica la morte o del necroscopo e non su una specifica documentazione clinica; c'è quindi un problema di corretta e completa certificazione clinica, di accuratezza nella "causa iniziale", cioè "la malattia, o causa, che ha dato inizio al concatenamento di eventi che ha avuto il decesso come esito finale". La morte prematura che può riguardare persone anche molto giovani e non necessariamente in fase di uso dipendente o in situazione di cronicità, è determinata sia da cause naturali (soprattutto infezioni e problemi/complicanze cardiovascolari) che da cause non naturali (overdose, suicidi, omicidi, incidenti stradali e sul lavoro). La registrazione di tali elementi viene però raramente rilevata in relazione all'azione delle sostanze psicoattive. Eccezione fatta, entro certi termini, per le "overdose" strettamente definite, con tutte le caratteristiche di seguito considerate in relazione alle diverse fonti.

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

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

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

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

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

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

Fonti istituzionali e modalità di rilevazione

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 6.1: Coefficienti di raccordo ICD 9 e ICD 10 per alcuni dei 65 gruppi di cause previsti dalla classificazione abbreviata - "Short-List a 65 gruppi di cause". Anno 2003.**Focus su Disturbi psichici e comportamentali, Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi e Malattie del sistema circolatorio**

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

Fonte: Istat - Indagine sulle cause di morte

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

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

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

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

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

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

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

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

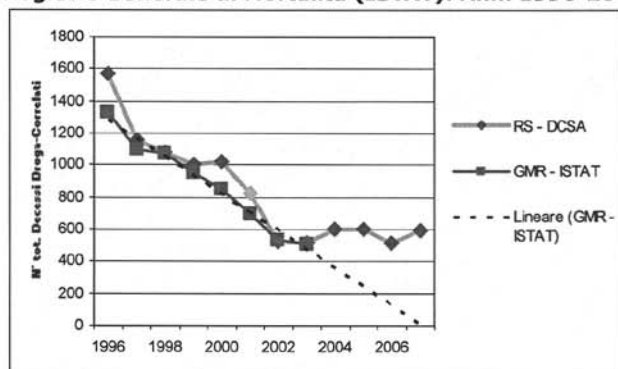
Al miglioramento della qualità del dato si tende anche attraverso la ricerca a livello locale. E in questa direzione ha operato il progetto "Standardizzazione dei flussi informativi sui decessi collegati all'uso di droghe", promosso dal Ministero della Salute ed affidato alla Regione Lazio.

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

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

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

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



Fonte: Dati DCSA ed ISTAT

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