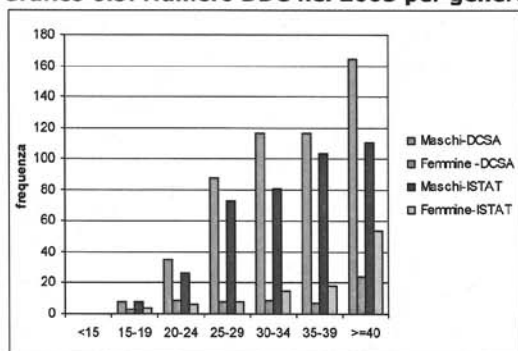


6.5, relativo all'ultimo anno disponibile (il 2003, con 507 DDC dal RGM dell'ISTAT e i 517 del RS della DCSA), che riporta il numero dei casi suddivisi per genere ed età per entrambe le fonti.

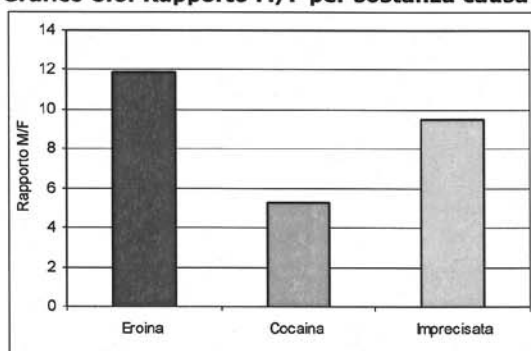
Grafico 6.5: Numero DDC nel 2003 per genere e classe di età.



Fonte: Dati DCSA ed ISTAT

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

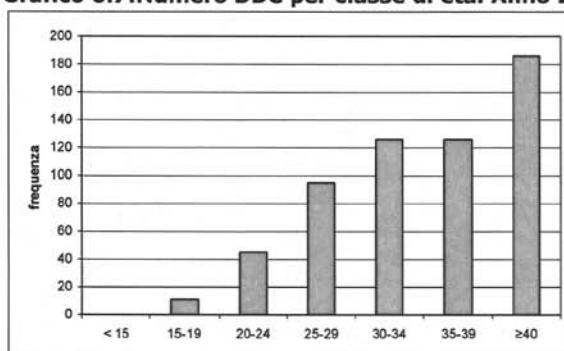
Grafico 6.6: Rapporto M/F per sostanza causa del decesso. Anno 2007.



Fonte: RS-DCSA

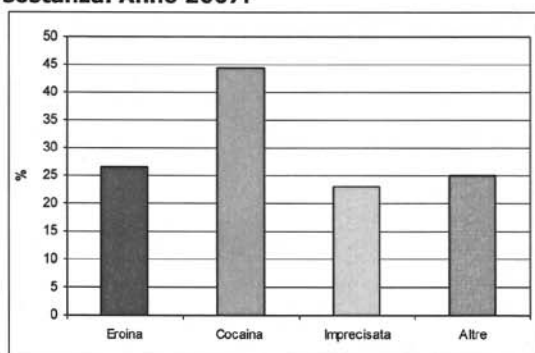
Nel 2007 la sostanza era imprecisata in ben 316 casi (53,6%) dei 589 registrati, la causa del decesso è stata attribuita in 233 casi (39,6%) all'eroina, in 36 casi (6,1%) alla cocaina. I rimanenti 4 casi (0,7%) erano attribuiti singolarmente ad oppio, amfetamine, barbiturici e con un nesso causale difficilmente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

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

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

Fonte: RS-DCSA

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

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

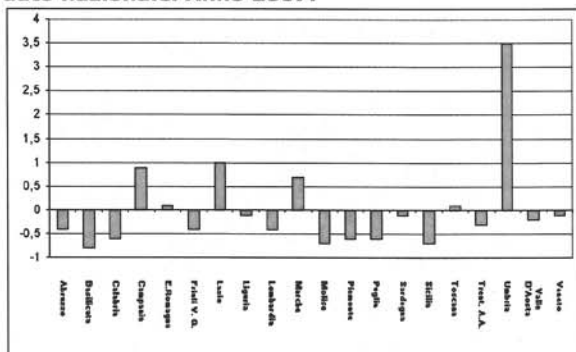
Fonte: RS-DCSA

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

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

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

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



Fonte: RS-DCSA

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

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

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

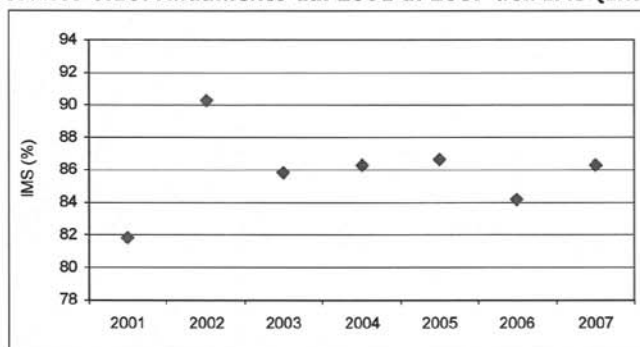
- **IMS, Indice di mortalità stanziale** (è una proporzione o percentuale): numero di DDC residenti nella provincia che risultano essere morti nella provincia stessa diviso tutti i DDC che avevano residenza nella provincia.
- **IME, Indice di mortalità esportata** (è una proporzione o percentuale): numero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

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

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

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

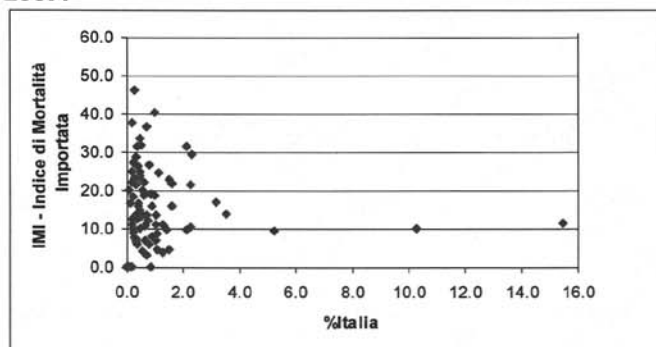
Prendendo come unità territoriale la provincia, i DDC "stanziali" (quantificati con l'IMS), ovvero quelli in cui c'è coincidenza tra provincia di residenza e provincia di morte, assommano a 3687 (cui corrisponde un $IMS = 85,6\%$). Effettuando lo stesso calcolo anno per anno possiamo conoscere l'andamento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

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

Fonte: RS-DCSA

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

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

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

Fonte: RS-DCSA

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

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

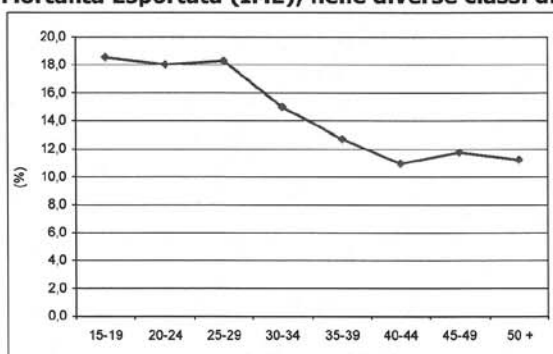
Tabella 6.2: Decessi droga correlati per genere, in base alla provincia di residenza e di decesso. Indice di mortalità stanziale (IMS) ed esportata (IME). Anni 2001-2007.

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

Fonte: RS-DCSA

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

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



Fonte: RS-DCSA

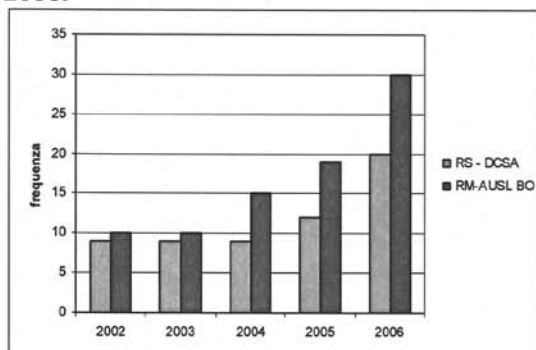
In relazione al numero assoluto di casi di DDC registrati nei diversi anni, i dati nazionali mostrano un trend che - almeno in apparenza - risulta in riduzione. Se pur incoraggiante, la lettura di questo trend richiede una certa prudenza nell'affermare che il problema è avviato ad un significativo contenimento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

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

Metropolitano delle Dipendenze Patologiche e gli archivi informatizzati relativi ai deceduti per overdose coprono l'intero territorio del Comune.

Si osserva che il trend in entrambe le fonti è in crescita ed in controtendenza con i dati a livello nazionale; si osserva inoltre che sembrerebbe non priva di fondamento l'ipotesi che, per le suddette ragioni, il numero di casi che sfuggono all'osservazione potrebbero in realtà essere sempre più numerosi.

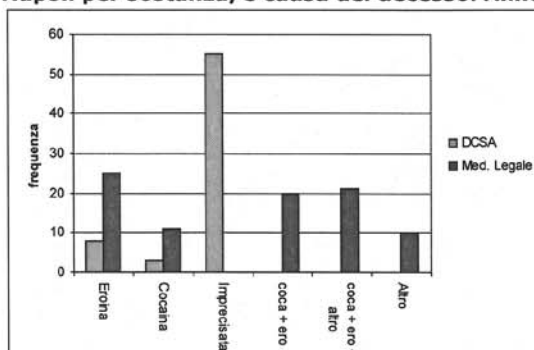
Grafico 6.13: Decessi Droga-Correlati nel RS-DCSA e nel RM-AUSL Bologna. Anni 2002-2006.



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

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

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

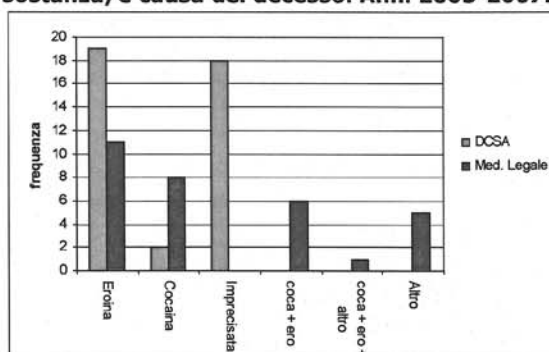


Fonti: DCSA-Ministero dell'Interno; Medicina Legale - Università Federico II di Napoli

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

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

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



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

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

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

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

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

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

6.2 MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE

Anche la prevalenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze psicoattive illegali rientra tra gli indicatori chiave individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA) ai fini del monitoraggio del fenomeno dell'uso di sostanze. L'analisi è condotta, per quanto riguarda la diffusione delle malattie infettive sia tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze⁴ che tra i ricoveri ospedalieri droga correlati⁵. Per quanto attiene invece ai comportamenti a rischio di infezione ed alla trasmissione delle malattie infettive tramite la via iniettiva, si fa riferimento ai soli utenti dei servizi per le tossicodipendenze⁶

6.2.1 Diffusione di HIV-AIDS

Tra gli utenti in carico nei Servizi per le Tossicodipendenze

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

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

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

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

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