

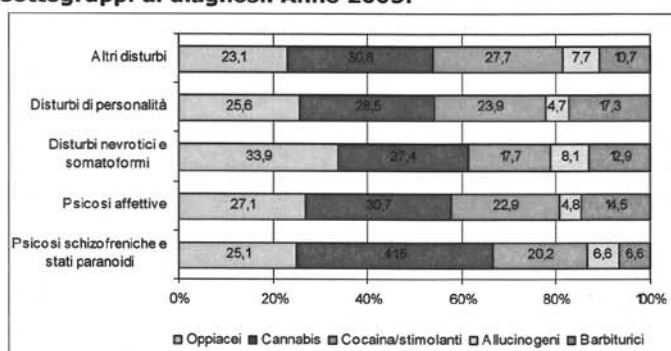
maggior frequenza mentre cannabis, oppiacei e cocaina rappresentano complessivamente l'80% delle sostanze primarie indipendentemente dal gruppo diagnostico: la composizione entro gruppi diagnostici risulta sostanzialmente uniforme tranne che per le psicosi schizofreniche per le quali prevale la cannabis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

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

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

Studio PADDI (aggiornamento al 30 settembre 2007)

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



Studio PADDI (aggiornamento al 30 settembre 2007)

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

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

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

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

6.4 ALTRE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

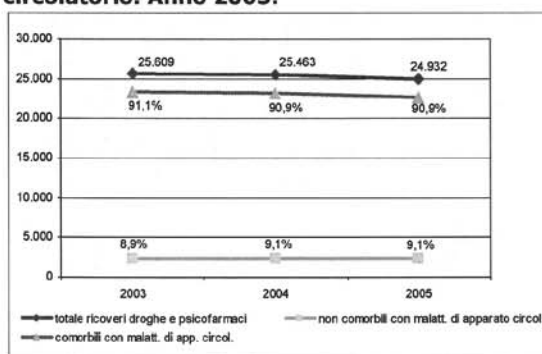
6.4.1 Comorbidità Somatica

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

Comorbidità con malattie dell'apparato circolatorio

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

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

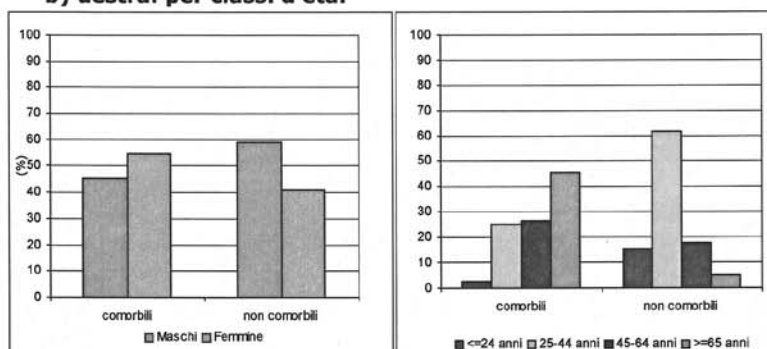


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

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

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

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

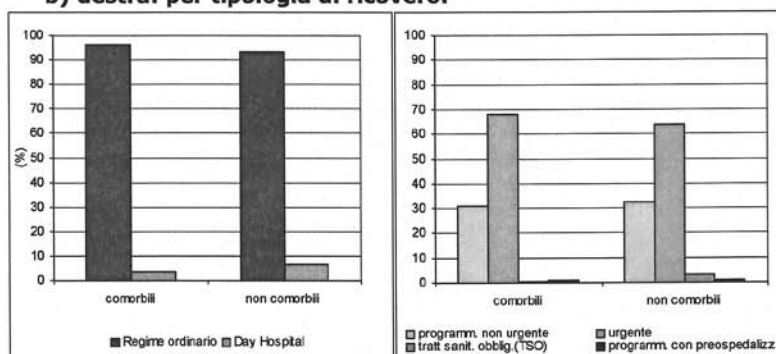


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

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

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

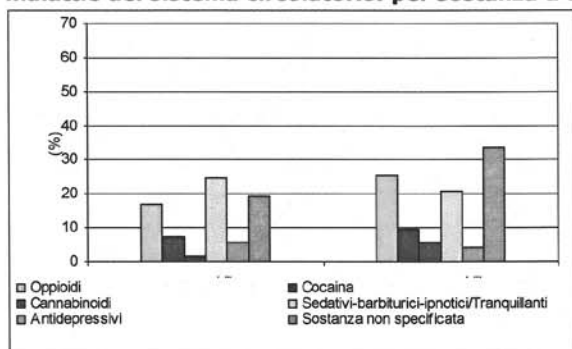
a) sinistra: per regime di ricovero;
b) destra: per tipologia di ricovero.



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

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

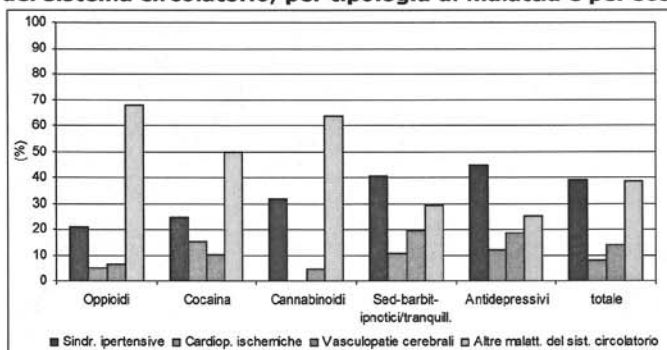
Grafico 6.48: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili e non con malattie del sistema circolatorio: per sostanza d'uso. Anno 2005.



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

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

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

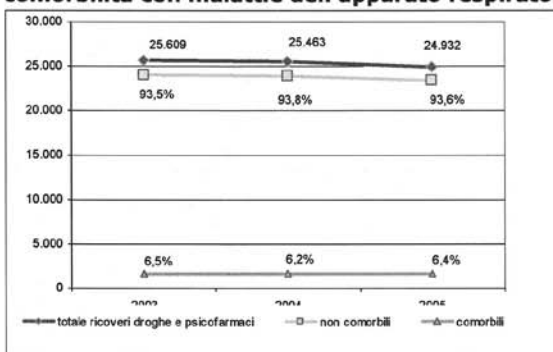


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Comorbidità con malattie dell'apparato respiratorio

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

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

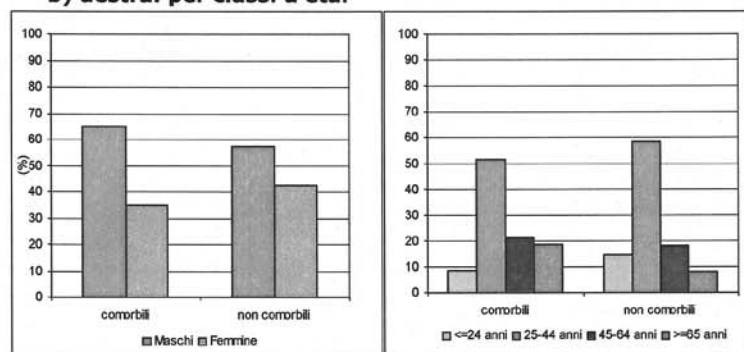


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

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

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

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

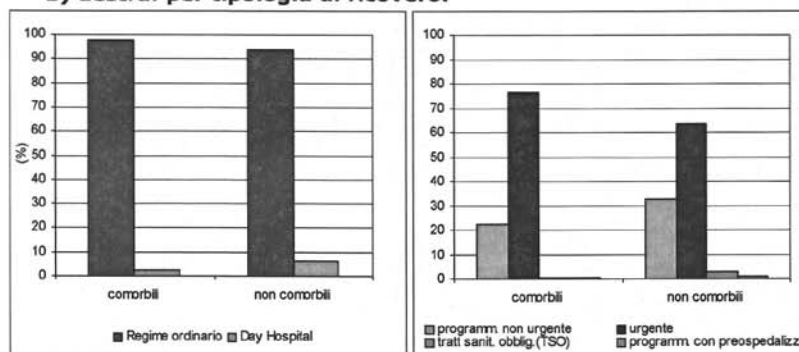


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

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

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

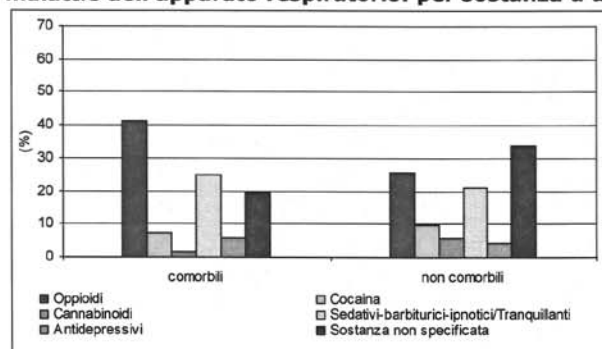
a) sinistra: per regime di ricovero;
b) destra: per tipologia di ricovero.



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

Un'analisi più approfondita effettuata in base alla sostanza d'uso, rilevata tra i ricoveri droga correlati, ed alla condizione di comorbidità con le malattie in studio, evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di oppiacei; nel grafico 6.53 si riportano le distribuzioni percentuali effettuate in base alla condizione di comorbidità.

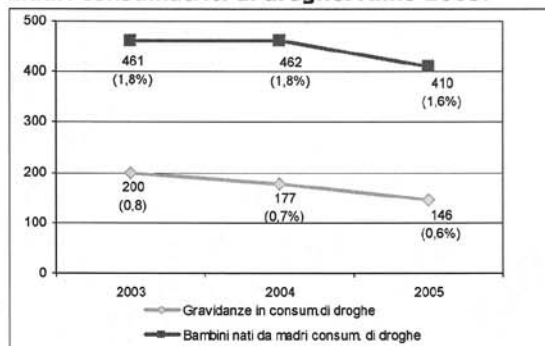
Grafico 6.53: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili e non con malattie dell'apparato respiratorio: per sostanza d'uso. Anno 2005.



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

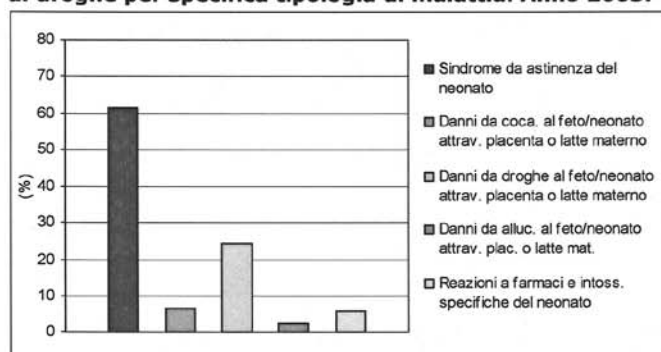
6.4.2 Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe

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

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

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

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

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

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

6.4.3 Incidenti stradali¹⁸

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

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

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

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

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

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

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

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

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

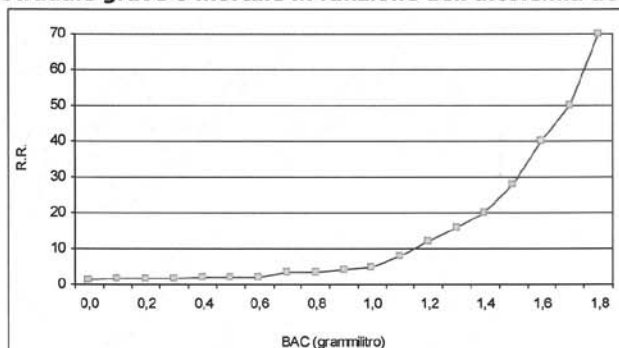
Va sottolineato che attualmente in Italia le morti delle due ruote motorizzate stanno aumentando in modo progressivo.

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

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

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

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



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

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