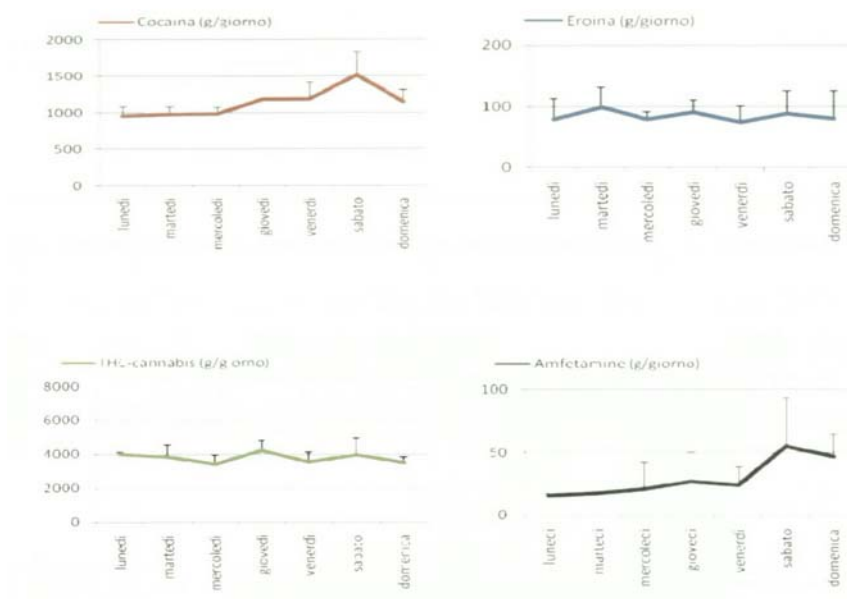


IV.1.3 Risultati

La Figura IV.1.1 mostra i risultati dell'applicazione di questo metodo alla città di Milano, tramite analisi delle acque del depuratore di Milano Nosedo.

Figura IV.1.1: Andamenti settimanali dei consumi di droghe (grammi/giorno) nell'area di Milano servita dal depuratore di Nosedo (1.250.000 abitanti circa). Medie \pm SD di 3 settimane non consecutive (modificato da referenza 3). Anno 2008

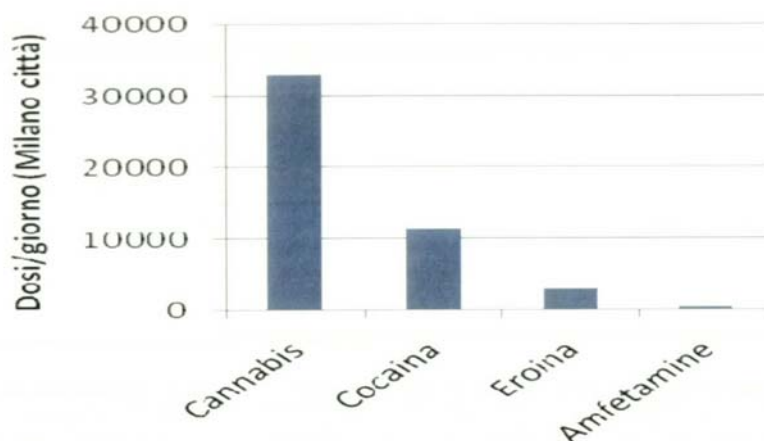


Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Questa prima indagine è stata effettuata nell'anno 2006 (mesi di marzo-aprile). Il depuratore raccoglie le acque fognarie di gran parte dell'area Milanese, con una popolazione afferente complessiva di 1.250.000 persone e con una portata massima di 450.000 m³ di acqua al giorno. Le concentrazioni dei residui misurate, sono state moltiplicate per le portate giornaliere e successivamente corrette per i rispettivi FC. I dati così ottenuti mostrano che la popolazione residente in quest'area nel 2006 utilizzava complessivamente circa 1 kg di cocaina al giorno (fino a 1,5 kg nei fine settimana), 100 g di eroina, 4 kg di THC (principio attivo della cannabis), e un quantitativo di amfetamine di circa 20 g dei giorni feriali e di circa 50 g nei fine settimana (Figura IV.1.1 e IV.1.2).

La Figura IV.1.2 riporta la stima del numero di dosi delle principali sostanze d'abuso consumate giornalmente nella città di Milano (dati riferiti al 2006 e alla popolazione residente del Comune di Milano, circa 1.350.000 abitanti). I consumi medi stimati in questa maniera corrispondono a circa 32.000 dosi di cannabis, 12.000 di cocaina, 3.500 di eroina e 900 di amfetamine al giorno [2-3].

Figura IV.1.2: Stima del numero medio di dosi/giorno di droghe consumate nella città di Milano (zona di riferimento: Comune di Milano, 1.350.000 abitanti circa) (modificato da referenza 3)

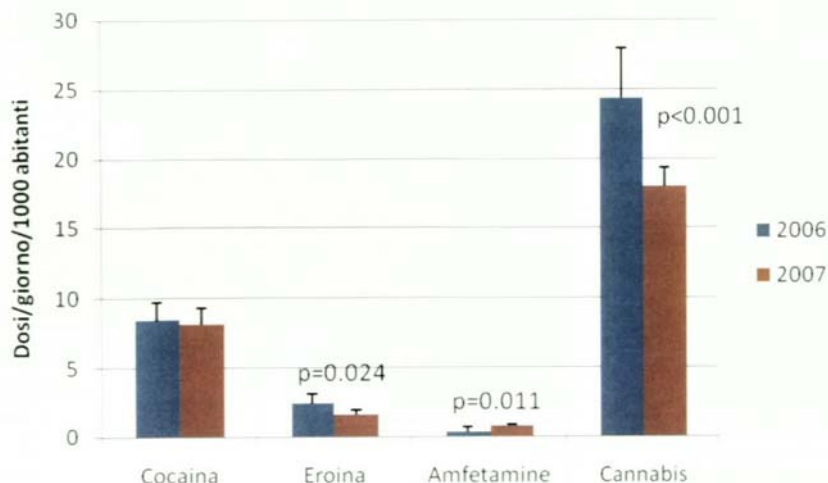


Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

I campionamenti, iniziati nel 2006, sono poi stati ripetuti annualmente nel 2007, 2008 e 2009. Le campagne di campionamento, per ragioni di comparabilità, sono sempre state effettuate nei medesimi periodi dell'anno (mesi di marzo-aprile). La Figura IV.1.3 mostra il confronto dei dati ottenuti nel 2006 con quelli ottenuti nel 2007. I risultati dell'anno 2008 sono in corso di pubblicazione, mentre quelli del 2009 sono attualmente in corso di analisi. Il confronto indica che tra il 2006 e il 2007, i consumi di cocaina sembrerebbero essersi mantenuti sostanzialmente stabili, mentre i consumi di eroina sembrano in diminuzione.

Andamento temporale dei consumi di droga

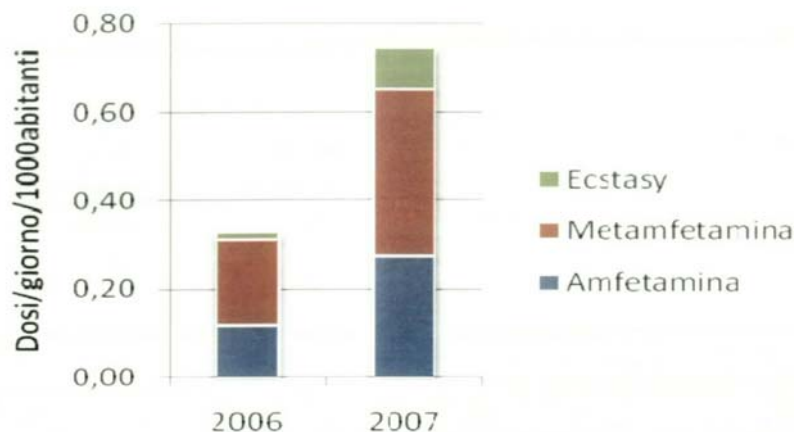
Figura IV.1.3: Stima del numero di dosi/giorno/1000 abitanti (medie \pm SD) di droghe consumate nella città di Milano. Confronto anni 2006 e 2007 (stime riferite ai soli giorni feriali). Analisi statistica effettuata mediante "t" Test (modificato da referenza 2)



Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Anche i consumi di cannabis sembrano in sostanziale calo, mentre quelli di amfetamine, pur rimanendo contenuti nel confronto relativo con le altre sostanze, sembrano invece in deciso aumento. La Figura IV.1.4 mostra in maggior dettaglio il confronto dei consumi di amfetamine a Milano tra il 2006 e il 2007.

Figura IV.1.4: Stima del numero medio di dosi/giorno/1000 abitanti di amfetamine consumate nella città di Milano. Confronto anni 2006 e 2007 (stime riferite ai soli giorni feriali)



Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

I consumi nel corso di un anno raddoppiano e nel confronto relativo tra le diverse anfetamine, particolare attenzione va posta alla metamfetamine che sembrerebbe essere, al momento, la sostanza anfetaminica maggiormente utilizzata da parte della popolazione studiata.

IV.1.4 Conclusioni

I risultati suggeriscono che i consumi di droga nella popolazione sono molto elevati, in particolare quelli di cocaina (circa 9 dosi al giorno ogni 1000 abitanti), e di cannabis (24 dosi al giorno ogni 1000 abitanti) (dati riferiti al 2006). I consumi di cocaina sembrano però aver ormai raggiunto un picco massimo, mentre quelli di cannabis sembrano essere addirittura in calo, come testimonia il confronto tra l'anno 2006 e il 2007 (Figura IV.1.3). Anche i consumi di eroina sembrano in diminuzione (da 2,4 dosi al giorno ogni 1000 abitanti nel 2006 a 1,6 dosi al giorno ogni 1000 abitanti nel 2007) mentre le amfetamine, e in particolare la metamfetamina, sembrerebbero essere le nuove sostanze di tendenza nel mercato delle droghe. Il loro consumo, pur rimanendo contenuto rispetto a quello delle altre droghe considerate, raddoppia tra il 2006 e il 2007 (Figura IV.1.4).

Il metodo sviluppato recentemente dal nostro gruppo e proposto alla comunità scientifica è un promettente strumento per la stima dei consumi di droghe nella popolazione, in grado di fornire risultati complementari a quelli dei metodi epidemiologici ufficiali. Mentre i metodi epidemiologici ci forniscono informazioni sugli utilizzatori (quanti utilizzatori, in quali fasce di età), questo metodo ci dice quali e quante droghe vengono utilizzate da questi soggetti. Questo metodo è quindi da considerare complementare ai metodi epidemiologici tradizionali, e consente di ottenere una fotografia realistica e soprattutto aggiornata del consumo di droghe in una popolazione [2-3].

Ad oggi questo approccio innovativo ha ricevuto attenzioni sia da parte della stampa quotidiana che da parte delle più importanti riviste scientifiche di tutto il mondo, è stato utilizzato nel 2006 dal Governo USA per uno studio pilota sui consumi di cocaina, è stato segnalato come metodo innovativo per la valutazione del consumo di droghe dal 2007 UNODC World Drug Report delle Nazioni Unite ed ha riscosso l'interesse del Centro Europeo per il Monitoraggio di Droghe e

Dipendenze (EMCDDA) che sta considerando la possibilità di integrare con questo metodo i metodi epidemiologici tradizionali [2].

Oltre alla complementarietà con i metodi tradizionali, altri vantaggi offerti sono quelli legati alla potenzialità di monitoraggio dei consumi “in continuo” e “in tempo reale”. Le stime di consumo ottenute consentono di individuare in tempo reale le nuove tendenze di utilizzo delle sostanze stupefacenti, sviluppando sistemi di allerta rapidi, e di verificare direttamente l’efficacia dei programmi di prevenzione messi in atto.

IV.1.5 Bibliografia

1. Zuccato E, Calamari D, Castiglioni S, Chiabrando C, Bagnati R, Fanelli R. Cocaine in surface water: a new evidence-based tool to monitor community drug abuse. *Environmental Health: A Global Access Science Source* 2005, 4:14
2. Zuccato E, Chiabrando C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug use. In: *Assessing illicit drugs in wastewater; potential and limitation of a new monitoring approach. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisbon 2008: 21-34.
3. Zuccato E, Chiabrando C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug abuse by wastewater analysis. *Environ Health Perspect*, 2008, 116: 1027-1032.
4. Castiglioni S, Zuccato E, Chiabrando C, Fanelli R, Bagnati R. Mass spectrometry analysis of illicit drugs in wastewater and surface water. *Mass Spectrom Rev* 2008, 27: 378-394.
5. Castiglioni S, Zuccato E, Crisci E, Chiabrando C, Fanelli R, Bagnati R. Identification and measurement of illicit drugs and their metabolites in urban wastewaters by liquid chromatography tandem mass spectrometry (HPLC-MS-MS). *Anal Chem* 2006, 78: 8421-8429.

CAPITOLO IV.2.

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO DI SOGGETTI CONSUMATORI DI SOSTANZE STUPEFACENTI

IV.2.1 Introduzione

IV.2.2 Metodologia utilizzata

IV.2.3 Risultati

IV.2.4 Discussione

IV.2.5 Bibliografia

PAGINA BIANCA

IV.2. ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO DI SOGGETTI CONSUMATORI DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Raimondo Maria Pavarin
Unità Operativa Osservatorio Epidemiologico Metropolitano
Dipendenze Patologiche AUSL Bologna, Italy

IV.2.1 Introduzione

In questi ultimi anni numerosi studi hanno documentato l'enorme aumento in Italia del numero di persone con uso di sostanze psicoattive e abuso di farmaci. Tali consumi sono tra le cause principali di problemi sanitari, psicologici e socio-economici [1,2] e una quota di questa popolazione ha conseguenze gravi e non è in carico ai SERT. Ne deriva un aumento del numero di accessi ai reparti di Pronto Soccorso, complicandone la gestione e determinando un aumento dei costi in termini sia economici che sanitari.

Le ricerche condotte sui soggetti che fanno uso di sostanze psicoattive mettono in evidenza le diversità di fondo tra questo target e gli utenti dei servizi pubblici e privati per le dipendenze: appartengono a tutti gli strati sociali e a tutte le classi di età di entrambi i sessi, lavorano, studiano, molti vivono con la famiglia, conducono una vita normale e sono ben inseriti a livello sociale. Non si rivolgono facilmente ai servizi o perché non li conoscono, o perché non si considerano dipendenti, o perché non li considerano in grado di rispondere ai propri bisogni [3].

Questo studio, che riporta i risultati dell'analisi degli accessi al Pronto soccorso generale dell'Ospedale Maggiore di Bologna negli anni 2006 e 2007, vuole affrontare quattro punti:

1. Quale è la popolazione maggiormente a rischio di fare un uso di sostanze che lo porti a rivolgersi al Pronto Soccorso (P.S.);
2. Quanto l'uso di sostanze aumenta la possibilità di ammalarsi e di rivolgersi al P.S.;
3. Quale è l'impatto sul sistema sanitario in termini di costi e di ospedalizzazioni;
4. Quale è l'efficacia degli interventi preventivi e curativi messi in atto nel territorio.

IV.2.2 Metodologia utilizzata

Dall'accettazione del paziente in P.S. al momento della eventuale dimissione, il personale medico e infermieristico compila una scheda informatizzata in cui vengono raccolte informazioni su dati socio sanitari e sul motivo di accesso. Alcuni campi vengono compilati sulla base di codifiche predefinite, altri sono "aperti" e gli operatori possono scrivere liberamente senza vincoli.

In campi specifici (Diagnosi di ingresso, Esame obiettivo, Terapia praticata, Informazioni sul Trauma, Osservazioni) è possibile operare una parziale classificazione dei motivi dell'accesso e individuare l'eventuale uso/abuso di sostanze psicoattive o farmaci.

Con l'utilizzo di parole chiave desunte dal manuale ICD IX, sono stati individuati gli accessi correlati ad uso di farmaci o alcol o di altre sostanze psicoattive e sono stati classificati tutti gli accessi per disturbi del sistema cardiocircolatorio, disturbi dell'apparato digerente, cause esterne, disturbi psichici. Sono state successivamente operate delle classificazioni specifiche per le sostanze psicoattive e all'interno dei gruppi diagnostici.

La classificazione è stata convalidata da un gruppo di lavoro multidisciplinare a cui hanno partecipato esperti dell'ASL di Bologna (SERT, Ospedale Maggiore) e dell'Università degli studi di Bologna (Istituto di Psichiatria P. Ottonello)¹.

Per individuare gli accessi con successivo ricovero e l'accesso di utenti SERT o di servizi di prevenzione del comune di Bologna, l'archivio è stato incrociato con i rispettivi database (Scheda Dimissione Ospedaliera, SISTER, SIDS)².

Lo studio è stato condotto in "cieco" e non sono stati utilizzati dati sensibili. Per identificare i soggetti sono stati utilizzati sesso, città di nascita e anno di nascita. Il metodo è stato validato con uno studio di riproducibilità.

IV.2.3 Risultati

Nel biennio analizzato gli ingressi al P.S. di soggetti con età compresa tra 15 e 79 anni sono stati 128.311: il 50,6% nel 2006, 44,7% femmine, 17,7% stranieri, 16,9% residenti fuori provincia, età media maschi 44,8 anni, età media femmine 48,3.

Gli accessi per i quali è stato possibile individuare un uso o abuso di sostanze psicoattive o farmaci sono 3.646. Complessivamente almeno il 2,2% è per alcol, lo 0,8% per una sostanza illegale, lo 0,3% per farmaci.

Tra gli accessi per farmaci, 144 erano per benzodiazepine, 163 altri psicofarmaci, 47 altri farmaci. Sono stati rilevati inoltre 6 accessi per amfetamine, 5 per ketamina, 3 per allucinogeni, 2 per ecstasy.

Gli accessi al
Pronto Soccorso

Tabella IV.2.1: Prevalenza sostanze, caratteristiche soggetti, motivo di accesso

	Alcol	Cannabis	Oppioidi	Farmaci	Cocaina	n.i.	Totale
Numero	2.832	68	382	341	119	681	128.311
Quota/1000 accessi	22,10	0,53	2,98	2,66	0,93	5,31	28,0
Età media	44,4	25,6	36,5	43,9	34	46,4	46,4
% Femmine	25,6	22,1	17,8	55,7	19,3	22,8	44,7
% Stranieri	26,1	24,6	11,9	21,4	22,7	19,1	17,7
% Non residenti	28,7	46,7	44,1	18,8	39,3	36,9	16,9
% Sistema Cardiocircolatorio	19,4	32,4	13,6	15,5	26,1	12,6	17,9
% Apparato Digerente	28,8	11,8	27,0	12,3	18,5	15,1	16,1
% Disturbi Psichici	16,3	35,3	13,9	39,6	24,4	14,8	6,0
% Cause esterne	26,0	13,2	15,7	36,4	7,6	27,0	18,1
% Almeno un disturbo	67,7	70,6	57,9	72,4	57,1	58,1	47,3

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

Per quanto riguarda la combinazione con l'alcol, in 130 casi è stato rilevato l'uso con farmaci, in 123 casi con oppioidi, in 38 con cocaina, in 24 con cannabis.

Per quanto riguarda la combinazione di farmaci con sostanze psicoattive, in 50 casi è stato rilevato l'uso con oppioidi, in 8 con cocaina, in 3 con cannabis.

¹ Silvia Marani, Amalia Innamorati, Arfedele Del Re, Ilaria Tarricone, Damiano Pecile, Francesca Puccetti, Daniela Calabrese, Stefania Fossi, Piercamillo Pavesi, Valentina Bandieri.

² SISTER: Cartella regionale informatizzata; SIDS: Sistema Informativo Disagio Sociale

Per quanto riguarda l'uso concomitante di più sostanze psicoattive, in 37 casi è stato rilevato l'uso di oppioidi+cocaina, in 2 di oppioidi+cannabis e di cocaina+cannabis. Per quanto riguarda le classificazioni operate, il 18,1% riguarda le cause esterne (17,6% femmine, 18,5% maschi), il 17,9% il sistema cardiocircolatorio (18,6% femmine, 17,4% maschi), il 16,1% l'apparato digerente (18,2% femmine, 14,4% maschi), il 6% i disturbi psichici escluso alcol o farmaci o droghe (7,5% femmine, 4,8% maschi). I problemi sanitari individuati rappresentano oltre la metà delle problematiche associate ad uso di sostanze, la prevalenza è più elevata rispetto alla media generale. La maggior parte degli accessi collegati ad uso di alcol sono attribuiti a problemi all'apparato digerente e cause esterne, cannabis a disturbi psichici e problemi al sistema cardiocircolatorio, oppioidi a problemi all'apparato digerente, farmaci a disturbi psichici e cause esterne, cocaina a problemi al sistema cardiocircolatorio e disturbi psichici. Sono state inoltre individuate 200 overdose, il 64% in relazione a uso di farmaci, il 32% di oppioidi, il 24,5% di sostanze non indicate, il 6,5% di cocaina. Nel 28% vi era una combinazione di più sostanze: 17,5% farmaci+alcol, 10% oppioidi+alcol, 8,5% eroina+farmaci, 2% cocaina+alcol, 1% cocaina+farmaci, 0,5% cannabis+farmaci.

Per ogni sostanza è stato costruito un profilo con l'analisi multivariata utilizzando la regressione logistica. Sono stati calcolati gli odds ratio e gli intervalli di confidenza al 95%. Le variabili utilizzate erano: triage, giorno della settimana, anno, sesso, età, nazionalità, residenza, motivo di accesso. Con questa analisi è possibile individuare il "profilo tipo" dei soggetti con problemi in conseguenza all'uso di una determinata sostanza. Come si può osservare analizzando i valori riportati dalla Tabella IV.2.2, si tratta di accessi considerati "gravi". Infatti per tutte le sostanze la probabilità è più elevata man mano che aumenta la soglia di attenzione attribuita dal triage. Da rilevare che, escluso l'alcol, avvengono indifferentemente nei vari giorni della settimana e coinvolgono target diversi.

Sostanze psicoattive
e farmaci

Tabella IV.2.2: Profilo per sostanza collegata all'accesso - Regressione logistica Odds Ratio I valori riportati in grassetto sono statisticamente significativi al 95%

	Alcol	Cannabis	Oppioidi	Farmaci	Cocaina
Triage					
Bianco	1	1	1	1	1
Verde	1,38	0,95	1,34	4,11	2,24
Giallo	2,29	1,35	1,84	15,62	2,69
Rosso	2,99	1,72	2,83	18,31	5,57
Caratteristiche					
Maschio	2,28	2,83	2,9	0,41	2,52
Straniero	1,62	0,74	0,38	1,47	1,11
Non residente	1,71	2,01	1,95	0,74	1,52
Età in classi					
15-19	1	1	1	1	1
20-24	0,8	0,93	5,87	1,65	4,15
25-29	1,02	0,3	5,9	2,32	2,82
30-34	1,08	0,18	8,51	2,07	2,45
35-39	1,25	0,09	8,63	1,81	2,74
40-44	1,82		10,35	2,22	2,01
45-49	2,08	0,06	6,32	2,05	1,3
50-54	1,93		2,71	1,3	0,68
55-59	1,78		1,42	1,94	0,23
60-64	1,37			2,13	0,26
Giorno					
Lunedì	1	1	1	1	1
Martedì	1,16	0,49	0,81	0,82	1,38
Mercoledì	1,24	0,91	0,78	0,83	1,04
Giovedì	1,09	1,33	0,99	0,92	0,98
Venerdì	1,27	1,64	1,04	0,73	0,79
Sabato	1,66	1,97	0,96	0,44	1,01
Domenica	1,82	1,47	0,75	0,93	0,54
Lunedì	1	1	1	1	1
Martedì	1,16	0,49	0,81	0,82	1,38
Mercoledì	1,24	0,91	0,78	0,83	1,04

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

Alcol – La probabilità di accesso è più elevata per i maschi, gli stranieri, i non residenti ed i soggetti con età compresa tra 40 e 65 anni. Gli accessi sono più probabili nel fine settimana.

Cannabis – La probabilità è più elevata per i maschi, i non residenti, i soggetti con età inferiore a 25 anni.

Cocaina – Maschi, non residenti.

Oppioidi – Maschi, italiani, non residenti, età compresa tra 20 e 50 anni.

Farmaci – L'accesso è più probabile per femmine e stranieri.

Per ogni motivo di accesso è stato costruito un profilo con l'analisi multivariata utilizzando la regressione logistica. Sono stati calcolati gli odds ratio ed i relativi intervalli di confidenza al 95%. I confondenti erano: triage, giorno della settimana, anno, sesso, classe di età, nazionalità, residenza, altri motivi di accesso. Con questa analisi è possibile individuare la maggiore o minore probabilità di un problema in relazione all'accesso per uso o abuso di una determinata sostanza (Tabella IV.2.3).

Per le malattie del sistema cardiocircolatorio è stata osservata una relazione statisticamente significativa con accessi per cannabis, cocaina e anfetamine.

Per la cause esterne si nota una maggiore probabilità in relazione ad accessi dovuti ad alcol e farmaci.

Per la malattie dell'apparato digerente si evidenziano l'alcol e gli oppioidi.

Per i disturbi psichici si nota una relazione con accessi per alcol, cannabis, cocaina, farmaci e sostanze non indicate.

I motivi di accesso

Tabella IV.2.3: Motivo di accesso e sostanze - Regressione logistica

	Sistema Cardiocircolatorio		Cause esterne		Apparato Digerente		Disturbi Psichici	
	Odds Ratio	IC 95%	Odds Ratio	IC 95%	Odds Ratio	IC 95%	Odds Ratio	IC 95%
Alcol	0,94	0,84-1,05	1,54	1,40-1,70	2,39	2,18-2,63	2,77	2,46-3,12
Cannabis	4,21	2,33-7,62	0,62	0,30-1,31	0,61	0,28-1,33	5,97	3,32-10,74
Cocaina	1,98	1,25-3,14	0,29	0,14-0,59	0,63	0,38-1,05	2,77	1,72-4,46
Oppioidi	0,91	0,65-1,27	0,57	0,42-0,77	2,03	1,55-2,65	0,95	0,67-1,35
Farmaci	0,36	0,26-0,51	1,59	1,24-2,04	0,43	0,31-0,61	6,03	4,72-7,71
Sostanze n.i.	0,86	0,66-1,12	1,16	0,95-1,42	0,65	0,51-0,83	1,42	1,09-1,84
Anfetamine	13,59	1,17-157,9	-	-	-	-	-	-
Allucinogeni	-	-	-	-	-	-	1,27	0,09-17,20

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

Overdose – La probabilità risulta elevata e statisticamente significativa in relazione ad accessi con uso di oppioidi (O.R. 217,57), cocaina (O.R. 3,39), sostanze non indicate (O.R. 2,03) e farmaci (O.R. 519,19). Nello specifico dei farmaci si evidenziano psicofarmaci non specificati (O.R. 2.305,32) e benzodiazepine (O.R. 1.073,05). Per quanto riguarda le combinazioni di più sostanze, risulta una relazione statisticamente significativa per oppioidi+alcol (O.R. 10,44), farmaci+alcol (O.R. 28,54) e oppioidi +farmaci (O.R. 6,32).

L'analisi multivariata, utilizzata con la stessa metodologia illustrata nel paragrafo precedente, è stata effettuata anche su specifici motivi all'interno dei gruppi individuati. Di seguito vengono riportati i risultati statisticamente significativi al 95%.

Malattie del sistema cardiocircolatorio – Si evidenzia una relazione tra accessi per cardiopatie e alcol (O.R. 2,06), insufficienze cardiache e cocaina (O.R. 4,51), sintomi e cannabis (O.R. 4,18), disturbi del ritmo con cannabis (O.R. 12,22) e cocaina (O.R. 5,85).

I motivi di accesso
nel dettaglio

Cause esterne - Si osserva una relazione con suicidio, tentato suicidio e autolesioni con alcol (O.R. 2,39), farmaci (O.R. 12,64) e sostanze non indicate (O.R. 2,07); omicidio e lesioni da terzi con alcol (O.R. 3,24); incidenti stradali con sostanze non indicate (O.R. 1,91); cadute accidentali e alcol (O.R. 2,30).

Malattie dell'apparato digerente - Si osserva una relazione con accessi per alcol per malattia peptica (O.R. 2,16), dispepsia (O.R. 2,29), emorragia digestiva (O.R. 6,04), malattia del pancreas (O.R. 6,79), necrosi (O.R. 36,86) e sintomi (O.R. 1,90); si osserva una relazione con accessi per oppioidi per necrosi (O.R. 3,35), sintomi (O.R. 1,97) e altre malattie del colon (O.R. 2,51).

Disturbi psichici - La tabella IV.2.4 riporta i risultati statisticamente significativi al 95%. Si nota una relazione con l'accesso per alcol per stati psicotici organici senili e transitori, altre psicosi non organiche, disturbi nevrotici, disturbi di personalità, sindromi speciali, reazione di adattamento e disturbo depressivo.

Per farmaci con stati psicotici organici senili, psicosi affettive, disturbi nevrotici, disturbi di personalità, disfunzioni fisiche da fattori psichici, sindromi speciali, reazione acuta allo stress e reazione di adattamento.

Per cannabis con altre psicosi non organiche e disturbi nevrotici.

Per cocaina con disturbi nevrotici e sindromi speciali.

Tabella IV.2.4: Motivi di accesso per disturbi psichici e sostanze - Regressione logistica. Odds Ratio statisticamente significativi al 95%

	Alcol	Farmaci	Cannabis	Cocaina
Stati psicotici organici senili	2,02	9,53		
Stati psicotici organici transitori	3,06			
Psicosi affettive		6,08		
Altre psicosi non organiche	1,87		5,84	
Disturbi nevrotici	2,01	4,29	5,44	2,14
Disturbi di personalità	12,02	2,26		
Disfunzioni fisiche da fattori psichici		31,35		
Sindromi speciali	2,40	9,70		6,80
Reazione acuta allo stress		7,93		
Reazione di adattamento	5,33	5,29		
Disturbo depressivo	23,13			

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitan Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

Tra gli accessi con uso di sostanze psicoattive o abuso di farmaci, 700 soggetti sono stati successivamente ricoverati: il 35,5% nel reparto di Medicina d'urgenza, il 20,3% in Medicina interna, il 12,6% SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura), 9,4% Gastroenterologia, 3,7% Rianimazione, il 3,5% Ortopedia/Traumatologia.

I ricoveri in seguito all'accesso al P.S.

Tabella IV.2.5: Ricoveri in seguito ad accesso al P.S.: raffronti

	Alcol	Cannabis	Cocaina	Oppioidi	Farmaci	N.I.	Totale
Giornate di degenza	4.503	54	111	416	672	1.022	5.742
Media Giornate per accesso	1,59	0,79	0,93	1,09	1,97	1,50	1,57
% accessi con ricovero	18,86	8,82	15,97	17,02	32,55	19,09	19,20
% medicina d'urgenza	6,64	0,04	0,28	0,88	14,96	1,80	8,90
% medicina interna	4,56	0,00	0,04	0,35	2,64	0,56	5,12
% SPDC	1,87	0,07	0,14	0,46	6,74	0,99	3,07
% gastroenterologia	2,19	0,00	0,04	0,14	0,59	0,21	2,40
% altri	3,60	0,11	0,18	0,46	7,62	1,02	5,23

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitan Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

La quota più elevata di ricoveri è per accessi per abuso di farmaci o di alcol. Il numero più elevato di giornate di degenza è in seguito ad un accesso per alcol, ma la degenza è mediamente più lunga in seguito ad un accesso per farmaci.

Un accesso per farmaci su tre è seguito da un ricovero, la maggior parte in Medicina d'urgenza e SPDC.

Alcol: un accesso su cinque è seguito da un ricovero, prevalentemente in reparti di Medicina.

Oppioidi: ricovero un accesso su cinque, Medicina d'urgenza e SPDC.

Cocaina: ricovero poco meno di un accesso su cinque, Medicina d'urgenza.

Cannabis: ricovero meno di un accesso su dieci, SPDC o altri reparti.

Nell'anno di accesso al P.S. o nei precedenti, il 18,3% dei soggetti era in carico ad un SERT ed il 7,6% si era rivolto ad un servizio territoriale del comune di Bologna (unità di aiuto, drop in, asili notturni).

Il rapporto con i servizi del territorio

Tabella IV.2.6: Soggetti che si erano rivolti a servizi territoriali nell'anno di accesso o nei precedenti – raffronti

	Alcol	Cannabis	Oppioidi	Farmaci	Cocaina	Droga n.i.
	%	%	%	%	%	%
SERT	15,3	4,5	59,8	23,6	34,7	36,3
Servizi area disagio	5,9	3,0	32,8	8,9	15,7	17,9
Età media						
SERT/area disagio	42,61	24,97	37,08	37,72	35,91	36,90
No	37,95	36,20	34,93	37,20	32,03	33,61

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Come è possibile notare dalla tabella, la maggior parte dei soggetti con uso di oppioidi era seguita dai servizi ed aveva un'età più elevata. Questa popolazione sembra "protetta" da servizi territoriali con cui rimane stabilmente in contatto. Diverso è il caso di consumatori di altre sostanze, che non sembrano avere simili punti di riferimento. Ad esempio, i soggetti che si erano rivolti al P.S. per problemi dovuti all'uso di cannabis hanno un'età nettamente inferiore rispetto alla media generale e meno del 5% si era rivolto ad un SERT. Nel caso di abuso di farmaci, invece il rapporto coi servizi o l'accesso al P.S. sembra dovuto ad altri fattori.

IV.2.4 Discussione

Lo studio ha dei limiti che sono legati al tentativo di dispiegare una metodologia originale con un favorevole rapporto costo/beneficio che ci consenta di proporla per un'implementazione su larga scala a livello nazionale e con misurazioni ripetute, in modo da coadiuvare la messa in atto e la verifica di modelli preventivi e curativi. Si tratta comunque del primo studio in Italia che ci consente di andare a vedere la relazione tra uso di sostanze psicoattive e abuso di farmaci e motivo di accesso al P.S. [4,5]. Va inoltre specificato che i problemi evidenziati sono relativi all'accesso al P.S. e che lo studio non indaga la relazione con l'uso di tali sostanze nella popolazione generale, anche se si conferma quanto emerge dalla letteratura scientifica sulla relazione tra uso di sostanze e conseguenze sanitarie [6-10].

1. Quale è la popolazione maggiormente a rischio di fare un uso di sostanze che lo porti a rivolgersi al P. S. - Si evidenziano target diversi in relazione alla sostanza di abuso: più giovani per cannabis, con età superiore a 40 anni per l'alcol, le femmine per i farmaci. Inoltre, mentre il consumo problematico di cocaina sembra trasversale a differenze di età e di genere e non si riesce ad individuare un profilo specifico, gli abusatori di oppioidi vanno ricercati tra soggetti conosciuti dai servizi che si spostano in territori diversi.
2. Quanto l'uso di sostanze aumenta la possibilità di ammalarsi e di rivolgersi al P.S. - Come confermato da recenti studi italiani [11-13], i risultati evidenziano una forte relazione tra specifici disturbi e l'uso di sostanze di vario genere. Va segnalato l'accesso dovuto a problemi cardiaci per i consumatori di cocaina e di cannabis, per malattie dell'apparato digerente per l'alcol e l'emergere di disturbi specifici (epatopatie) per i consumatori di oppioidi. Mentre il consumo di alcol e farmaci è in relazione con eventi traumatici gravi come suicidi o tentati suicidi, si conferma la relazione tra consumo di sostanze psicoattive e incidenti stradali. Per quanto riguarda la relazione con i problemi psichici, si evidenzia l'associazione con l'uso di alcol e l'abuso di farmaci. Da rilevare inoltre l'emergere di problematiche specifiche per consumatori di cannabis e di cocaina.
3. Quale è l'impatto sul sistema sanitario in termini di costi e di ospedalizzazioni - Almeno un soggetto su cinque è stato successivamente ricoverato, con una media di 1.7 giornate di degenza. I ricoveri avvengono prevalentemente nei reparti di Medicina, SPDC e Gastroenterologia, ma vanno considerati anche Ortopedia, Ostetricia, Ginecologia, Geriatria e Cardiologia. Applicando le tariffe utilizzate per il calcolo della compensazione sanitaria,³ otteniamo una spesa superiore a un milione e duecentomila euro l'anno.
4. Quale è l'efficacia degli interventi preventivi e curativi messi in atto nel territorio - Lo studio individua una popolazione di assuntori di sostanze psicoattive e farmaci che ha rilevanti problemi di salute in seguito a tale consumo. Emerge inoltre che solo una minoranza è in contatto con servizi di cura e prevenzione dislocati nel territorio, in gran parte eroinomani seguiti dai SERT. Gli altri, con abuso di alcol o consumo di cannabis e cocaina, sono in maggioranza sconosciuti a tali servizi.

IV.2.5 Bibliografia

1. Pavarin R.M. "Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational +drugs in Northern Italy" *Ann Ist Super Sanità* 2006 Vol 42 n. 4: 477-484
2. Pavarin R.M. "Antidepressant drug prescribing in the general population and among problematic drug users in the province of Bologna" *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 16,4,2007 pg 350/355
3. Pavarin R.M. "Consumo, consumo problematico, dipendenza" Carocci Editore Roma 2007 ISBN 978-88-7466-500-6
4. Giovanardi D. et al "Prevalence of abuse of alcohol and other drugs among injured drivers presenting to the emergency department of the University of Modena, Italy" *Drug and alcohol dependence* 80 (2005) 135-138

³ 3.415,77 euro per ricovero nel 2006 e 3.523,40 euro nel 2007

5. Fabbri A. et al "Blood alcohol concentration and management of road trauma patients in the emergency department" *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care* 2001 Mar;50(3):521-8
6. Hall W. "The adverse health effects of cannabis use: What are they, and what are their implications for policy? " *International Journal of drug policy*. 2009 Apr. 9
7. Devlin RJ., Henry JA. "Clinical review: Major consequences of illicit drug consumption" 2008;12(1):202 *Critical Care*
8. Kelly E., Darke S., Ross J. "A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perception, *Drug and alcohol review*, 23(3), 319-44
9. Zambon A., Corrao G. (2007) *Epidemiologia dei consumi e dei problemi alcol-correlati in Italia*, in "La Medicina del lavoro", 98(6): 446-453
10. Wilcox HC., Conner KR., Caine ED. (2004 A) Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide : an empirical review of cohort studies, *Drug and alcohol dependence*, 76s, 11-19
11. Pavarin R.M. "Cocaine consumption and death risk: a follow-up study on 347 cocaine addicts in the metropolitan area of Bologna" *Ann Ist Super Sanità* 2008 Vol 44 n. 1: 91-98
12. Pavarin R.M. Mortality risk in intravenous drug users in Bologna and its socio-demographic determining factors: Results of a longitudinal study" *Epidemiologia e Prevenzione* numero 2 anno 2008 99-107
13. Pavarin R. M., Mosti A. "Alcol e alcolismo in Emilia Romagna" CLUEB Editore Bologna 2009 ISBN 978-88-491-3211-3