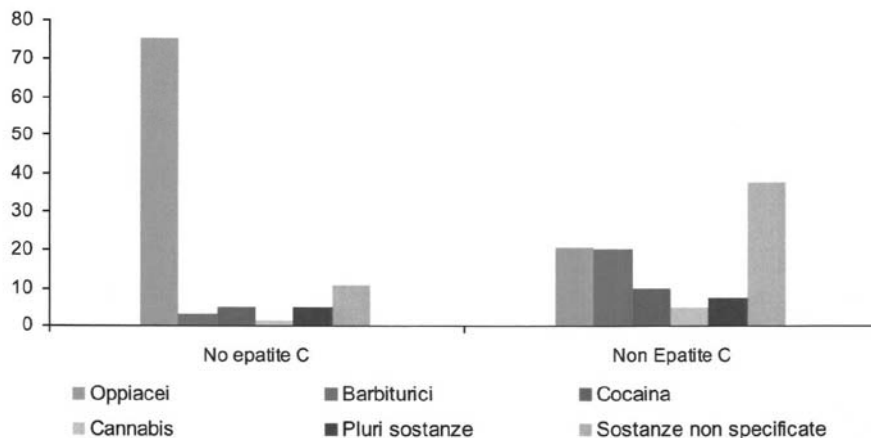


Figura I.3.19: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali C e tipo di sostanza assunta. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

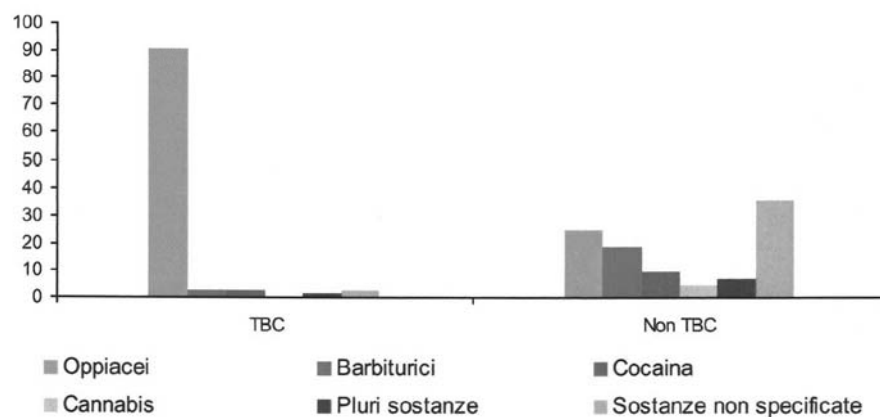
Lo studio della sostanza d’uso effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali C evidenzia tra i positivi, una quota più elevata di assuntori di oppiacei (circa 75% contro 20%), in forte analogia con gli andamenti osservati nei ricoveri droga correlati in comorbidità con le altre malattie infettive (Figura I.3.19.).

1.3.1.4. Diffusione di Tubercolosi

Nel 2008 si rilevano diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di tubercolosi, nel 3 per mille (pari a 75 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all’uso di droghe e psicofarmaci (3,2 per mille nel 2007 e 2,6 per mille nel 2006). Nel 2008 si evidenzia nel gruppo con diagnosi di malattia tubercolare una presenza quasi esclusivamente maschile e sensibilmente più elevata rispetto al volume complessivo di ricoveri droga correlati (circa 93% contro 58%) e situazioni di età inferiore ai 50 anni (circa 92% contro 78%). Si rileva inoltre che le sostanze d’uso (Figura I.3.20.) maggiormente rilevate nel gruppo in studio sono gli oppioidi (91% contro 25%).

Presenza di ricoveri per TBC

I.3.20: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC e tipo di sostanza assunta. Anno 2008



Forte correlazione con uso di oppiacei

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

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

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

L'archivio raccoglie dati anagrafici dei dimessi ospedalieri ed informazioni relative all'episodio di ricovero, quali diagnosi, procedure chirurgiche ed interventi diagnostico-terapeutici, codificati in base alla classificazione internazionale ICD-9-CM (versione 1997). In particolare sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi principale o secondarie droga correlate.

A tal fine sono state considerate le diagnosi corrispondenti alle seguenti categorie diagnostiche (codici ICD9-CM): Psicosi da droghe (292, 292.0-9), Dipendenza da droghe (304, 304.0-9), Abuso di droghe senza dipendenza (305, 305.2-9), Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati (965.0), Avvelenamenti da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenamenti da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenamenti da sedativi e ipnotici (967, 967.0-6,8-9), Complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza (6483, 6483.0-4), Danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato (7607.2-3,5, 779.4-5).

1.3.2.1. Ricoveri droga correlati

Nel triennio 2006-2008 i ricoveri sono stati sostanzialmente stabili poco meno di 13 milioni² annui (12.857.813 nel 2006, 12.342.537 nel 2007 e 12.112.389 nel 2008); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondarie) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (26.359 nel 2006, 26.601 nel 2007 e 25.910 nel 2008) del collettivo nazionale (tale dato rimane sostanzialmente stabile nel corso dell'intero periodo di riferimento).

Riduzione del 2,6%
dei i ricoveri droga-
correlati

Tabella I.3.4: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate. Anno 2008

Caratteristiche	2007		2008		Δ %
	N	%	N	%	
Genere					
Maschi	15.317	57,5	15.028	58	-1,8
Femmine	11.284	42,5	10.882	42	-3,6
Totale	26.601	100	25.910	100	-2,6
Nazionalità					
Italiani	25.195	94,71	24.541	94,6	-2,6
Stranieri	1.386	5,21	1.379	5,3	-0,5
Età					
Età media maschi	38,2		38,5		0,8
Età media femmine	44,5		44,8		0,7
Età mediana maschi	37		38		2,7
Età mediana femmine	42		42		0,0

Età media dei
ricoverati:
38,5 maschi
44,8 femmine

² Fonte: rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – dati SDO 2008 – Ministero della Salute

Regime di ricovero

Ordinario	24.316	91,4	23.616	91,5	-2,9
Day hospital	2.285	8,6	2.294	8,9	0,4

Tipo di ricovero

Ordinario	24.316	91,4	23.616	91,5	-2,9
Day hospital	2.285	8,6	2.294	8,9	0,4

Urgenza medica il
motivo prevalente
del ricovero

Tipo di ricovero

Programmato non urgente	8.019	30,15	7.665	29,6	-4,4
Urgente	15.931	59,8	15.445	59,6	-3,1
Trattamento sanitario obbligatorio	645	2,4	688	2,6	6,7
Preospedalizzazione	75	0,3	68	0,2	-9,3
Altro	222	0,8	268	1,0	20,7

Modalità di dimissione

Dimissione ordinaria a domicilio	20.870	78,4	20.554	79,3	-1,5
Dimissione volontaria	3.242	12,2	2.756	10,6	-15
Trasferimento ad altro istituto	1033	3,8	1.090	4,2	5,5
Decesso	206	0,7	192	0,7	-6,8
Altro	1250	4,7	1.317	5	5,4

Alta percentuale di
dimissioni
volontarie

Sostanza d'abuso

Oppiacei	6.828	25,7	6.537	25,2	-4,3
Barbiturici	4.911	18,5	4.853	18,7	-1,2
Cocaina	2.311	8,7	2.408	9,3	4,2
Pluri sostanze	1.889	7,1	1.818	7	-3,8
Cannabinoidi	1.124	4,2	1.180	4,5	5
Antidepressivi	875	3,3	858	3,3	-1,9
Allucinogeni	204	0,8	173	0,6	-15,2
Amfetamine	126	0,5	108	0,4	-14,3
Sostanze non specificate	8.333	31,3	7.975	30,8	-4,3

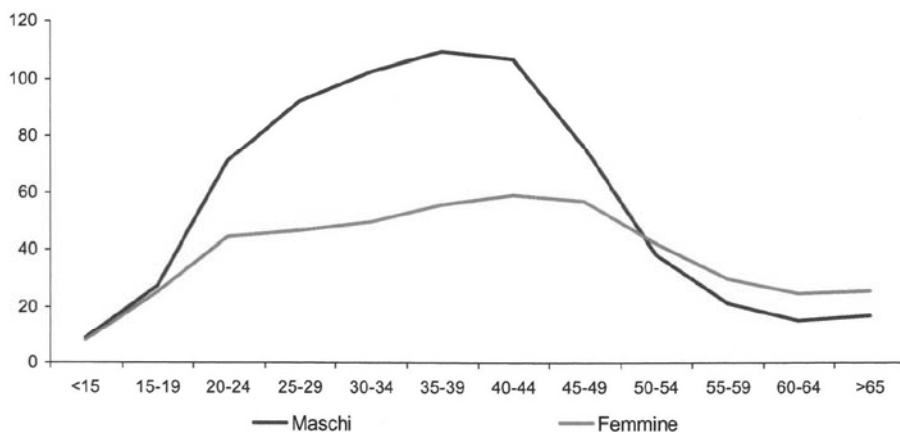
Presenza anche di
ricoveri per uso di
barbiturici e
aumento dei
ricoveri per uso di
cocaina e
cannabinoidi

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Il 94,7% dei ricoveri droga correlati riguarda cittadini italiani, il 58% di genere maschile, di età media pari a 38,5 anni, più elevata per le donne, 45 anni rispetto ai maschi (38,5 anni). Se in luogo del valore medio si considera il valore di età mediano, più adatto a distribuzioni per età fortemente asimmetriche (Figura I.3.21), l'età mediana si riduce di due anni, passando da 44 a 42 anni per le femmine

Come evidenziato dalla Figura I.3.21, il ricorso all'assistenza ospedaliera riguarda in prevalenza il genere maschile nella fascia di età 15-49 anni con punte massime nella classe di età 35-39 anni, con 110 ricoveri ogni 100.000 residenti, a differenza delle donne che primeggiano nelle fasce di età 44-49 anni con 115 ricoveri ogni 100.000 residenti.

Figura I.3.21: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

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

Il 91% dei ricoveri è stato erogato in regime ordinario, con degenza media pari a 9,7 giornate, valore che si riduce a 6 giornate considerando il valore mediano, meno influenzato da degenze molto elevate, anche oltre 200 giorni, peraltro presenti solo raramente (5 ricoveri).

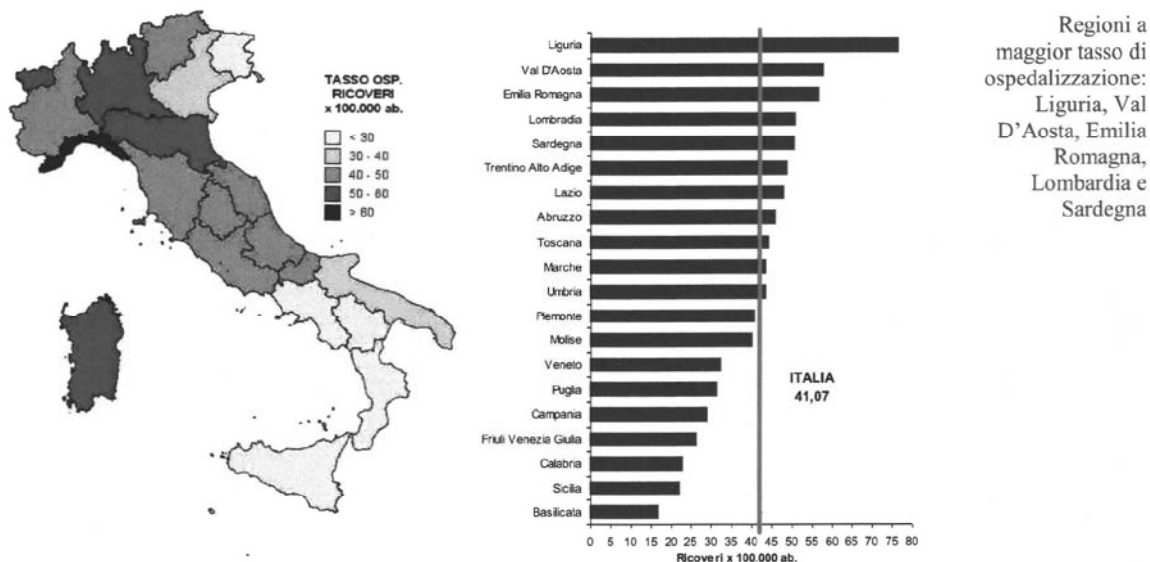
In quasi l'80% dei ricoveri, il paziente è stato dimesso a domicilio secondo il decorso ordinario del ricovero, il 11% è stato dimesso su richiesta volontaria del paziente, il 4,2% è stato trasferito ad altro istituto di cura per acuti e lo 0,74% (192) dei ricoveri hanno riguardato pazienti deceduti nel corso della degenza.

A livello regionale i ricoveri droga correlati rapportati alla popolazione residente evidenziano un elevato ricorso all'assistenza ospedaliera in alcune regioni del centro-nord ed isole. In particolare in Liguria si osserva il tasso di ospedalizzazione standardizzato³ più elevato con 78 ricoveri ogni 100.000 residenti, seguito a distanza dalle regioni Sardegna, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo e Trentino Alto Adige, per le quali si registra un tasso di ospedalizzazione compreso tra 55 e 58 ricoveri per 100.000 residenti (Figura I.3.22).

Ricoveri di soggetti con età avanzata e uso di barbiturici

³ Al fine di depurare l'indicatore da effetti imputabili alla differente distribuzione per età della popolazione nelle singole Regioni, il tasso di ospedalizzazione è stato calcolato mediante l'applicazione del metodo di standardizzazione indiretta con una popolazione standard di riferimento.

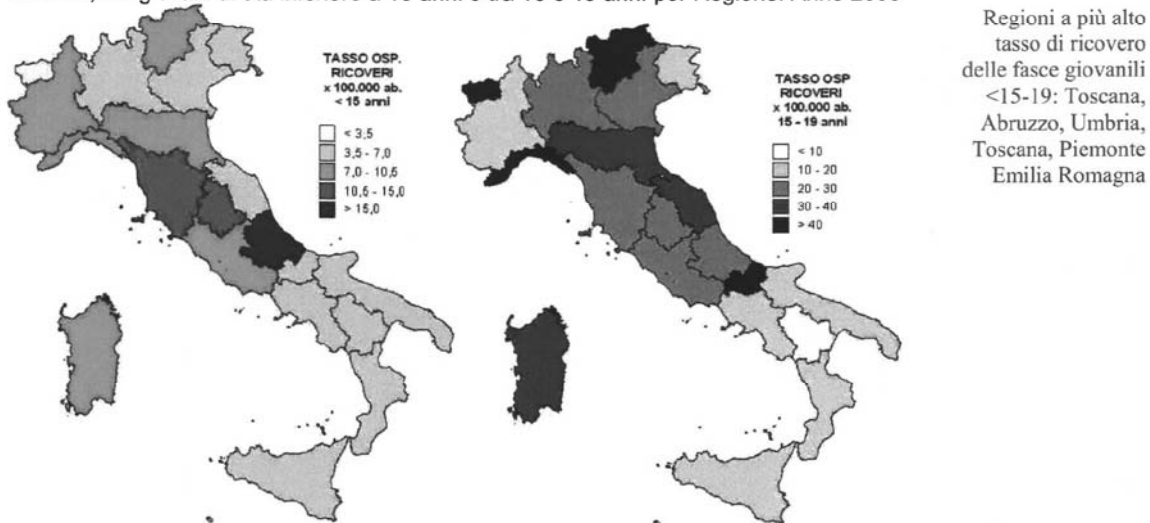
Figura I.3.22: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Particolare rilevanza assume l'analisi del ricorso all'assistenza ospedaliera da parte della popolazione più giovane; nel 2008 la regione che detiene il primato per il tasso di ospedalizzazione più elevato tra gli adolescenti di età inferiore a 15 anni è risultata l'Abruzzo, con oltre 18 ricoveri ogni 100.000 residenti di quella fascia di età. Segue la Toscana con circa 15 ricoveri per 100.000 abitanti e ad una certa distanza, e immediatamente dopo segue l'Umbria con 13 ricoveri (Figura I.3.22). Nella fascia di età 15-29 anni, i tassi ospedalieri più elevati sono 61 ricoveri ogni 100.000 residenti in Trentino Alto Adige, e oltre 56 ricoveri in Molise e Valle D'Aosta. A ridosso di queste regioni si affaccia la Liguria con un tasso pari a 50 ricoveri ogni 100.000 abitanti (Figura I.3.23).

Figura I.3.23: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età inferiore a 15 anni e tra 15 e 19 anni per Regione. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

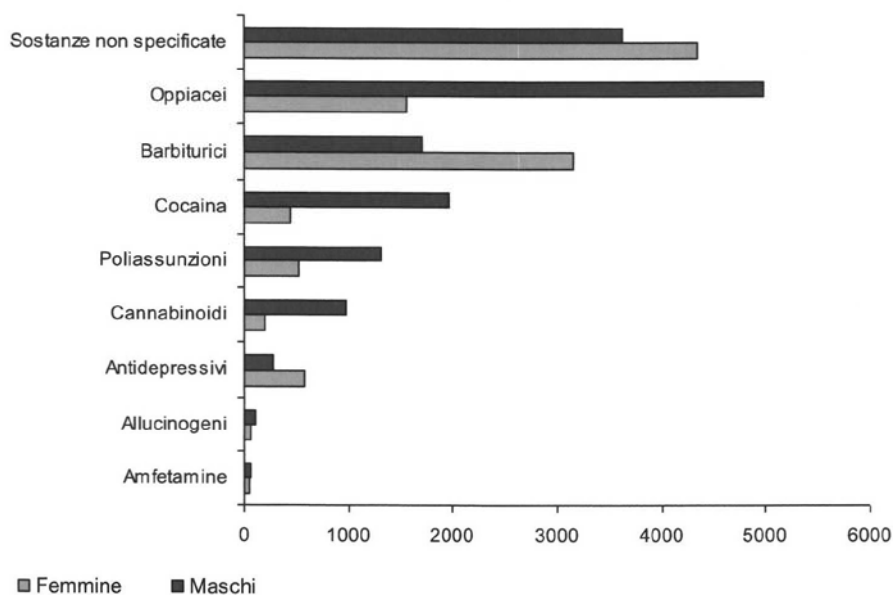
La presenza in diagnosi principale di disturbi legati a dipendenza da sostanze psicotrope, abuso o avvelenamento, psicosi indotte da assunzione di droghe,

Disturbi psichici droga-correlati (nevrotici e della

tossicodipendenza in gravidanza o danni al feto indotte dall'assunzione di droghe da parte della madre, è stata indicata in 10.560 ricoveri pari al 41% del totale ricoveri droga-correlati del 2008. In particolare nell'87% dei ricoveri, in diagnosi principale o secondaria, sono stati indicati disturbi psichici, nella maggior parte dei casi disturbi nevrotici e della personalità indotti dall'uso di sostanze psicoattive. Nel 24% dei ricoveri è stata indicata una diagnosi della categoria dei traumatismi ed avvelenamenti da farmaci medicamenti e prodotti biologici.

personalità)

Figura I.3.24: Distribuzione percentuale dei ricoveri per sostanza d'abuso secondo il genere dei pazienti ricoverati. Anno 2008



Ancora alta la quota delle sostanze non specificate

Ricoveri anche per cannabis

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

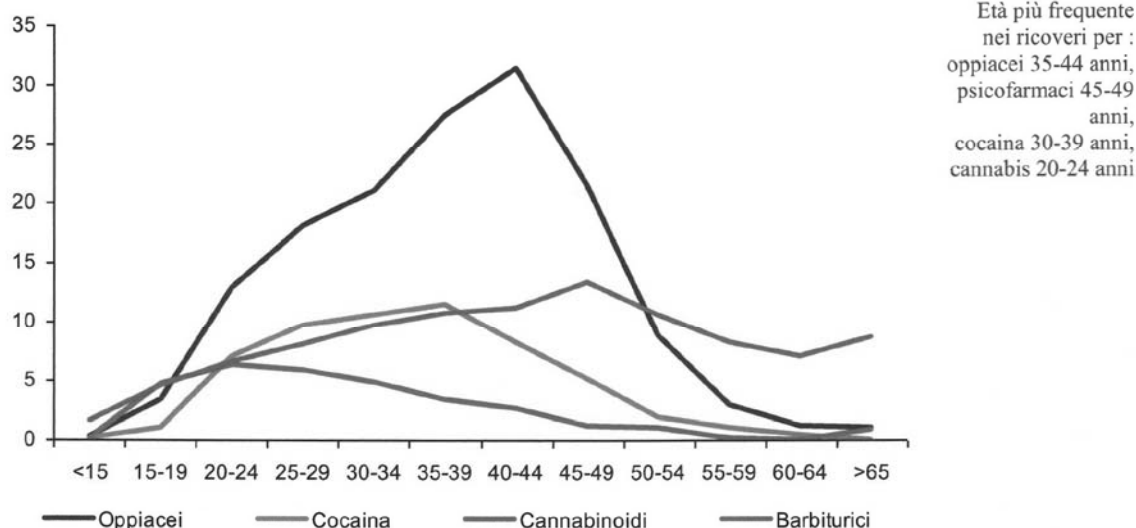
Con riferimento a 7.975 ricoveri droga correlati, pari al 31% del totale non è stata specificata la sostanza; per ulteriori 6.537 ricoveri (25%) è stata indicata in diagnosi principale o secondaria l'assunzione di oppiacei, nel 19% dei casi l'assunzione di barbiturici ed a seguire cocaina (9,3%), pluri sostanze (7%), cannabis (4,6%), antidepressivi (3,3%) ed in quantità trascurabili allucinogeni (0,6%) e amfetamine (0,4%) (Figura I.3.24).

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

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

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

Figura I.3.25: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per patologia di sostanza. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Il ricorso all'ospedalizzazione, se confrontato con le altre sostanze, è particolarmente frequente tra gli assuntori di oppiacei, in prevalenza tra i 35 e 44 anni, seguita dai consumatori di barbiturici, principalmente nelle fasce di età più anziane e in quella tra i 40 e 44 anni. Meno frequenti i ricoveri correlati all'uso di cocaina e cannabis che si verificano prevalentemente nella fascia di età adulta (30-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-24 anni) per i consumatori di cannabis (Figura I.3.25). Rispetto al 2006, nell'ultimo biennio si osserva una riduzione dei ricoveri per assunzione di oppiacei e barbiturici (oppiacei 26,7 vs 25,2, barbiturici 18,8 vs 19,7), a fronte di un aumento della percentuale di ricoveri per uso di cocaina e poli sunzione (cocaina 7,8 vs 9,3, poliassunzione 6,0 vs 7,0).

1.3.2.2. Ricoveri droga correlati in commorbidità con le malattie infettive..

Concentrando l'analisi sui ricoveri con diagnosi principale riferita alle malattie dei tossicodipendenti e in secondaria alle sostanze da loro assunte, si osserva che tra i pazienti con diagnosi principale le "malattie infettive", il 63% fa uso di oppiacei, seguito da altre droghe con il 20%. Per i pazienti con disturbi all'apparato digerente si registra un il 45% di consumo da oppiacei seguito, anche in questo caso, da assuntori di altre droghe con il 27%. Infine nei pazienti con disturbi psichici si osserva un 26% con uso di oppiacei, e un 18% con consumo di cocaina.

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

Nel triennio 2006 - 2008 la percentuale di ricoveri droga correlati, in cui sono stati indicati in diagnosi principale o secondaria, disturbi relativi al sistema nervoso centrale ed agli organi di senso, è rimasta la stessa per tutti e tre gli anni.

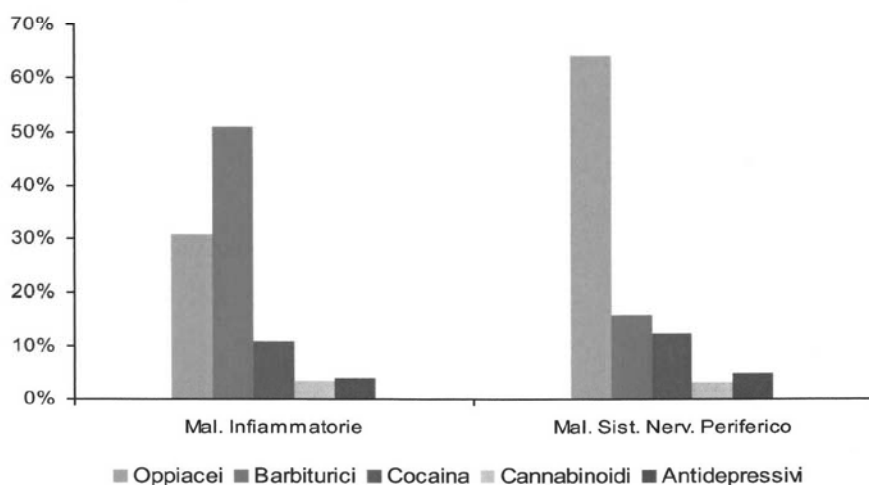
Stazionarietà dei ricoveri droga correlati con malattie del sistema nervoso

Maggiormente soggette a comorbidità con malattie del sistema nervoso sembrano essere le donne, alle quali si riferiscono il 66% dei ricoveri con tali caratteristiche. Circa 1.400 ricoveri, che rappresentano il 35% del totale droga correlati e comorbili con tale patologie, riguardano pazienti di età compresa tra 35 e 49 anni

ed un ulteriore 16% si riferiscono a pazienti ultra sessantacinquenni.

Un'analisi più approfondita relativa alle diverse tipologie di malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi diagnosticate tra i ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope, evidenzia la preponderanza di sindromi infiammatorie (oltre il 85% del totale delle patologie del sistema nervoso); in Figura I.3.26 si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi. Rispetto agli anni precedenti si osserva un aumento della percentuale di ricoveri correlati all'uso di cocaina.

Figura I.3.26: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema nervoso centrale, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

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

1.3.2.4. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

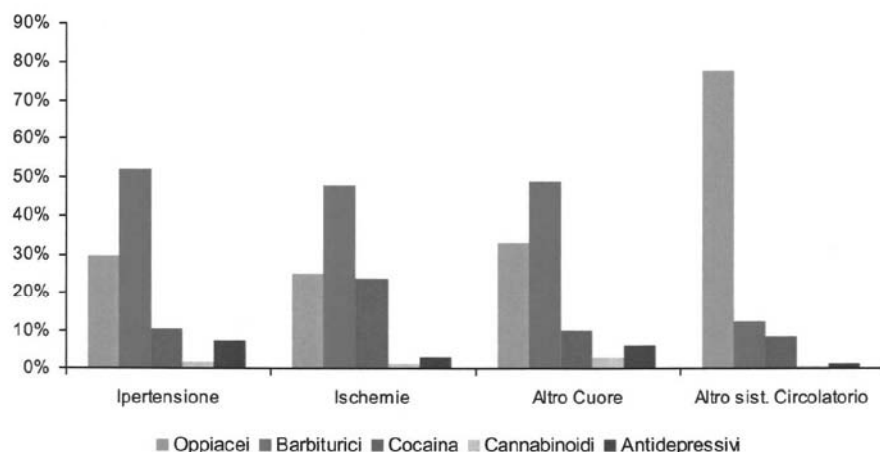
Nel 2008 i ricoveri droga correlati comorbili con patologie del sistema circolatorio hanno colpito in egual misura entrambi i generi e in quasi la metà dei casi (42%), pazienti ultra sessantacinquenni; raramente, vengono colpiti soggetti di età giovane (5% fino a 30 anni).

Circa il 91% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie del sistema circolatorio risultano avvenuti in regime ordinario e il 60% è a carattere urgente.

Le patologie più frequenti diagnosticate in sede di ricovero riguardano l'ipertensione arteriosa (46%), altre malattie del cuore (40%) e malattie ischemiche del cuore (12%).

Ricoveri droga correlati anche per ipertensione e ischemia

Figura I.3.27: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema circolatorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

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

Ischemia e cocaina

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

Nel 2008 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi principale o secondaria relative a malattie dell'apparato respiratorio, costituiscono l'8,1% (pari a 2.115 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci.

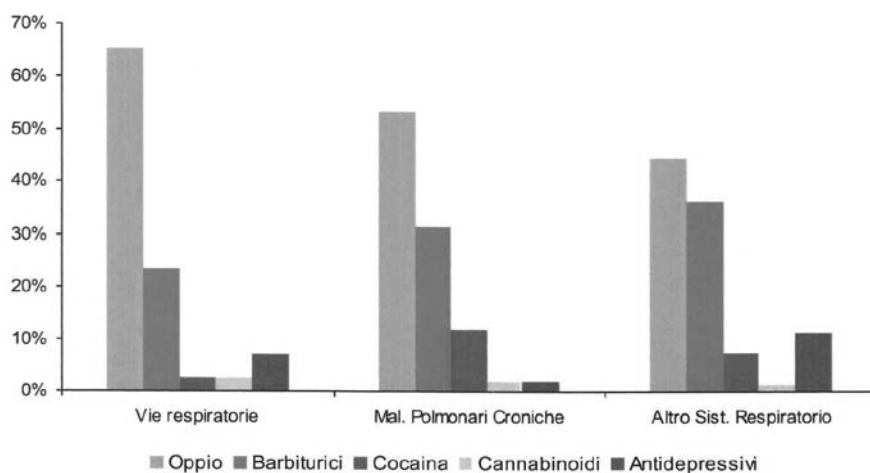
L'analisi del genere e dell'età evidenzia tra i comorbili la percentuale più elevata di maschi (65%) e di ultra 65enni: il 20%. Un ulteriore 53,1% di ricoveri si osserva per pazienti di età compresa tra 30 e 49 anni.

I ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano erogati in regime ordinario nel 96% dei casi; e per il tipo di ricovero il 76% è a carattere urgente, a fronte di valori più contenuti osservati per i ricoveri non comorbili (91% regime ordinario e 60% carattere urgente).

Nel 44% dei ricoveri in comorbilità con patologie dell'apparato respiratorio non è stata indicata una diagnosi specifica e in un ulteriore 26% di ricoveri (544) è stata riscontrata una malattia polmonare cronica ostruttiva.

Un'analisi più approfondita effettuata in base alla sostanza d'uso, rilevata tra i ricoveri droga correlati, ed alla condizione di comorbilità con le malattie in studio, evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di oppiacei (39,6%), seguiti da abuso di barbiturici (20%) e altre droghe non specificate (19%).

Figura I.3.28: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di patologie dell'apparato respiratorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Le sindromi alle vie respiratorie colpiscono principalmente gli assuntori di oppiacei; meno marcate le differenze tra gli assuntori di oppiacei e chi abusa di barbiturici, tra coloro che lamentano disturbi polmonari cronici o altre patologie del sistema respiratorio (Figura I.3.28).

Malattie respiratorie
e oppiacei

I.3.3 INCIDENTI STRADALI DROGA CORRELATI

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, un incidente stradale è "uno scontro che avviene su una strada pubblica, che coinvolge almeno un veicolo e che può avere conseguenze sulla salute di chi vi è coinvolto", da loro stime pubblicate nel 2009⁴ ogni anno i deceduti sulle strade sono circa 1,3 milioni e le persone che subiscono incidenti non mortali sono tra i 20 e i 50 milioni.

Premesse

Ci sono diversi fattori che possono contribuire al fenomeno degli incidenti stradali: il comportamento e lo stato psicofisico del conducente, le condizioni e la sicurezza dei mezzi di trasporto, la circolazione sulle strade e i pericoli legati al trasporto di prodotti pericolosi, tra quelli legati allo stato del conducente si possono classificare come di particolare rilievo l'Alcol che è il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali, e le sostanze stupefacenti specialmente se accompagnate dal consumo dell'alcol stesso.

Dalla revisione della letteratura e dalle esperienze in atto a livello europeo e internazionale, si evidenzia che un livello di alcolemia compreso tra 0,2 e 0,5 grammi/litro alcolemici (limite massimo consentito per la guida in Italia) si accompagna a un rischio di incidente fatale 3 volte maggiore rispetto al livello di alcolemia zero (tra 0,5 e 0,8 il rischio è 6 volte superiore; tra 0,8 e 0,9 ben 11 volte maggiore)⁵.

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

L'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'Istat mediante una rilevazione totale a cadenza mensile di tutti gli incidenti stradali verificatisi nell'arco di un anno solare sull'intero territorio nazionale che hanno causato

⁴ WHO "Global status report on road safety"

⁵ Osservatorio nazionale alcol – Cnesps, ISS

lesioni alle persone (morti o feriti).

L'unità di rilevazione è il singolo incidente stradale. La rilevazione è riferita al momento in cui l'incidente si è verificato. È con riguardo a tale momento, quindi, che di ciascuna unità vengono considerati i caratteri e le modalità, le cause o le circostanze determinanti, le conseguenze per le persone e per le cose.

La rilevazione è il frutto di un'azione congiunta e complessa tra una molteplicità di Enti: l'Istat, l'Acì, il Ministero dell'interno, la Polizia stradale, i Carabinieri, la Polizia provinciale, la Polizia municipale, gli Uffici di statistica dei comuni capoluogo di provincia e gli Uffici di statistica di alcune province che hanno sottoscritto una convenzione con l'Istat finalizzata alla raccolta, al controllo, alla registrazione su supporto informatico e al successivo invio all'Istituto dei dati informatizzati.

La rilevazione avviene tramite la compilazione del modello Ctt/Inc da parte dall'autorità che è intervenuta sul luogo per ogni incidente in cui è coinvolto un veicolo in circolazione sulla rete stradale e che abbia comportato danni alle persone.

L'Unione Europea, nel libro Bianco del 13 settembre 2001, ha fissato l'obiettivo che prevede, entro il 2010, la riduzione del 50% della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

L'Italia, al 31 dicembre 2008, registra una diminuzione rispetto all'anno base (2000) del 33,0% (27,3% nel 2007), è difficilmente ipotizzabile il perseguimento pieno dell'obiettivo ma il risultato ad oggi conseguito è comunque significativo.

Italia: riduzione del 33% della mortalità per incidente stradale generale dal 2000 al 2008

I.3.3.1 Quadro generale

In Italia, i dati riferiti dall'Osservatorio nazionale alcol in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Istituto Superiore di Sanità e il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e prevenzione della salute, sono chiari; l'alcol è la causa degli incidenti stradali per una percentuale compresa tra il 30% ed il 50% ed è la prima causa di morte per i giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni.

Quadro generale

L'analisi di seguito riportata si riferisce esclusivamente a dati consolidati e presenta un approfondimento del rapporto ACI-ISTAT pubblicato il 13 novembre 2009 e relativo ai dati dell'anno precedente, rispetto alle indicazioni fornite in precedenza il quadro appare sottostimato.

Nell'anno 2008 il numero degli incidenti causati da alcol o droga in almeno un conducente/pedone è pari a 6.763, rispettivamente 5.809 ed 954 pari a più del 3% degli incidenti totali (pari a 218.963).

Le persone complessivamente decedute 139, (122 per alcol e 17 per droga), pari al 2,94% ed il numero di feriti è di 7.089 (6.260 per alcol e 829 per droga) pari al 2,28%.

Per quanto concerne la gravità degli incidenti, si nota che i tassi decessi e feriti droga correlati sono molto inferiori all'anno precedente, ciò potrebbe essere imputabile all'effetto dei provvedimenti legislativi posti in essere.

Il raffronto con l'anno 2007 (Tabella I.3.5) evidenzia che sia i tassi relativi al fenomeno droghe che quelli per alcol legati alla causalità di incidente sono in lieve aumento, quindi più incidenti causati da alcol e droga ma con meno conseguenze sulle persone.

Tabella I.3.5: Incidenti e cause – valori assoluti e percentuali

	2007			2008		
	Incidenti	Deceduti	Feriti	Incidenti	Deceduti	Feriti
Alcol	6.031	189	9.292	5.809	122	6.260
Droghe	873	48	1.424	954	17	832
Totale	6.904	237	10.716	6.763	139	7.092
Nessuna	223.967	4.894	315.134	212.210	4.592	303.647
Totale Gen.	230.871	5.131	325.850	218.963	4.731	310.739
Alcol	2,61%	3,68%	2,85%	2,65%	2,58%	2,01%
Droghe	0,38%	0,94%	0,44%	0,44%	0,36%	0,27%
Totale	2,99%	4,62%	3,29%	3,09%	2,94%	2,28%

Diminuzione della mortalità correlata ad incidenti stradali per alcol e droga dal 2007 al 2008

Fonte: Elaborazione su dati Istat

Tabella I.3.6: Incidenti e cause – scostamenti percentuali 2007-2008

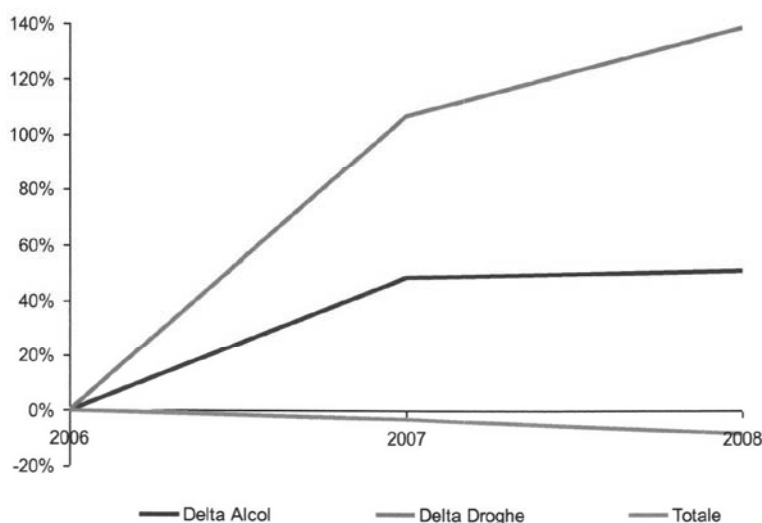
	2007		2008		Δ%	
	Deceduti	Feriti	Deceduti	Feriti	Deceduti	Feriti
Alcol	189	9.292	122	6.260	-35,4	-32,6
Droghe	48	1.424	17	832	-64,6	-41,6
Totale	237	10.716	139	7.092	-41,4	-33,8
Nessuna	4.894	315.134	4.592	303.647	-6,2	-3,6
Totale Gen.	5.131	325.850	4.731	310.739	-15,6	-4,6

Fonte: Elaborazione su dati Istat

Dalla tabella 1.3.6 è evidente che la diminuzione percentuale tra il 2007 ed il 2008, con causa alcol e droga correlata, è molto superiore rispetto alle altre cause, sia per i deceduti che per i feriti

E' interessante notare (Figura I.3.29) che le cause d'incidenti alcol e droga correlate hanno avuto dal 2006 (anno base) un'incidenza sempre maggiore rispetto all'andamento del numero di incidenti complessivi che registra una costante diminuzione.

Figura I.3.29: Andamento incidenza percentuale rispetto ad anno base dei soggetti coinvolti in incidenti stradali sotto l'effetto di alcol e droga - Italia - anni 2006-2008



Fonte: elaborazione su dati Istat

I.3.3.2. Caratteristiche degli incidenti

I giorni maggiormente critici dovuti al concorso di alcol sono quelli del fine settimana (sabato 1.368 e domenica 1.486) e rappresentano poco meno della metà (49,16%) del totale, dato in flessione rispetto al 2007 (50,42%).

La fascia oraria nella quale si rileva il maggior numero di incidenti è quella tra la mezzanotte e le 03:00 (con picco nella prima ora pari a 530 incidenti), una disanima della fascia oraria notturna, dalle ore 22:00 alle ore 6:00, evidenzia 2.755 incidenti pari al 47,43% del totale nell'arco delle 24 ore.

Gli incidenti durante le notti del weekend, il venerdì (751) e sabato (833), rappresentano il 57,50% della fascia notturna, lo stesso dato può essere paragonato al 44%, riportato nel rapporto ACI-ISTAT che riporta il dato globale senza distinzione di causa.

Caratteristiche:
maggior prevalenza
nel fine settimana e
dalle 18 alle 3

Tabella I.3.7: Incidenti con il concorso dell'alcol secondo l'ora del giorno ed il giorno della settimana - Totale Italia - anno 2008

Ora	Lun.	Mart.	Merc.	Giov.	Ven.	Sab.	Dom.	Totale
00-02	133	82	91	132	171	342	408	1359
03-05	35	41	32	61	60	253	337	819
06-08	18	20	20	20	24	56	100	258
09-11	21	18	13	21	18	31	46	170
12-14	37	47	46	39	55	65	50	339
15-17	91	90	92	92	100	147	140	752
18-20	109	135	116	143	162	247	235	1141
21-23	98	84	99	109	158	226	165	941
Imprecis.	3	5	3	4	5	7	5	32
Totale	545	522	512	623	753	1.368	1.486	5.809

Fonte: Elaborazione su dati Istat

Il fine settimana rappresenta il periodo più critico anche nel caso di incidenti con il concorso delle droghe (36,89% sul totale incidenti droga correlati settimanali), confermando quanto già evidenziato nel caso dell'alcol anche al riguardo la tendenza alla flessione del fenomeno (circa 3 punti percentuali in meno)

Rispetto alla fascia oraria la maggior intensità di incidenti nei quali è stata accertata l'assunzione di sostanze stupefacenti è quella pomeridiana e della prima serale, in particolare dalle 18:00 alle 21:00.

Nella fascia notturna si rilevano quasi il 30% degli incidenti con il concorso delle droghe e di questi il 50,9% tra le notti del venerdì e del sabato confermando i dati dell'anno precedente.

I.3.3.4 Costi sociali degli incidenti stradali alcool e droga correlati

In Italia la stima⁶ dei costi sociali degli incidenti stradali alcool e droga correlati per l'anno 2008 è pari a circa 861 milioni di euro, quasi il 18% in meno rispetto al 2007.

Nella tabella 4 si evince che l'86,69% dei costi è imputabile all'alcol (84,83% nel 2007) e che le voci predominanti sono quelle legate ai costi materiali (comprende i danni materiali ed i costi amministrativi quali quelli per rilievo incidenti stradali, giudiziari e per assicurazioni Rca) ed alla mancata produzione (la perdita di produttività presente e futura dovuta ad incidenti stradali).

Tabella I.3.11: Calcolo dei costi sociali (in milioni di €) per incidenti stradali alcool e droga correlati – Italia – anno 2008

Valori in milioni di €	Totale Italia	Alcol	Droga	Totale Alcol Droga
Mancata produzione	9.768	€ 218,51	€ 29,87	€ 248,38
Costi umani	4.423	€ 103,88	€ 14,31	€ 118,18
Costi sanitari	621	€ 16,46	€ 2,73	€ 19,19
Costi materiali	15.393	€ 407,91	€ 67,73	€ 475,64
Totale	30.205	€ 746,76	€ 114,64	€ 861,40

Fonte: Elaborazione su dati Istat ed Ania

Costi sociali incidenti alcool e droga correlati: oltre 800 milioni di euro ma il 18% in meno rispetto al 2007

I.3.4. MORTALITÀ ACUTA DROGA CORRELATA

Così come indicato 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 verranno descritti i decessi di pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate.

Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della 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 Polizia.

In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, in cui si sono registrati 1.002 casi, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 484 e 653 decessi, con valore minimo registrato nel 2009 (Figura I.3.32). Andamenti sostanzialmente simili per genere con rapporto maschi/femmine deceduti pari all'incirca a 10 maschi ogni donna (9,7); 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).

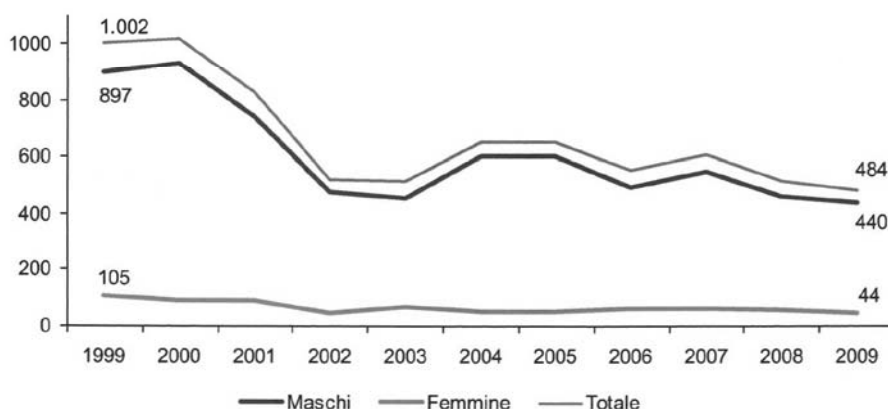
Trend in decremento dei decessi droga correlati

⁶ La stima è stata effettuata partendo dai costi riportati nel Rapporto ACI-ISTAT e moltiplicandolo per i tassi riportati in tabella 1, specificatamente per il tasso dei deceduti alle sottovoci "mancata produzione deceduti" e "danno morale ai superstiti delle persone", per il tasso dei feriti alle sottovoci "mancata produzione infortunati" e "danno biologico" e per il tasso di incidentalità per le voci "costi sanitari" e costi materiali.

Tabella I.3.12: Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44
Totale	1002	1016	825	520	517	653	653	551	606	517	484

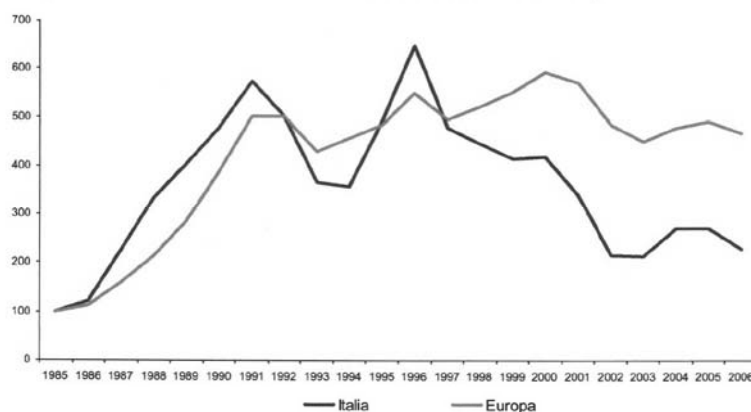
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Figura I.3.32: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2009

Continua la diminuzione dei decessi

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

I decessi correlati al consumo di stupefacenti in Europa e in Italia hanno subito un'impennata negli anni ottanta e primi anni novanta; in Italia soprattutto in associazione all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via parenterale. Dal 1997 il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente in Italia fino al 2002, con molta probabilità conseguente all'aumento negli ultimi anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, per stabilizzarsi a valori lievemente superiori nel triennio successivo, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati. Nel 2006 si osserva una nuova riduzione del fenomeno, sia in Europa che nel nostro Paese, ritornando sostanzialmente sui valori osservati nel 2002 (Figura I.3.33).

Figura I.3.33: Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2006 (Anno base 1985=100)

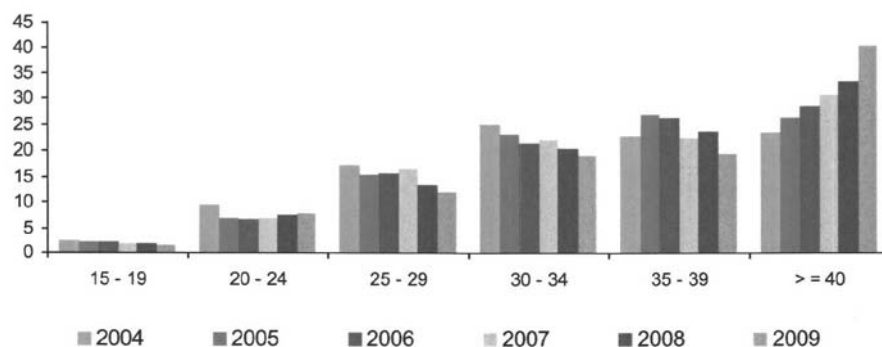
Maggior decremento in Italia rispetto al trend europeo

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze - Bollettino Statistico 2009

Nell'ultimo decennio l'età al decesso è progressivamente aumentata: l'età media passa dai 32 anni circa del 1999 ai 35 del 2009; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2009 tale quota supera il 60%. Caratteristiche differenti si riscontrano dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere; per entrambi la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40, con maggiore variabilità tra le donne; in compenso si osserva una progressiva riduzione dei decessi nella fascia di età 30-34 sia per i maschi che per le femmine.

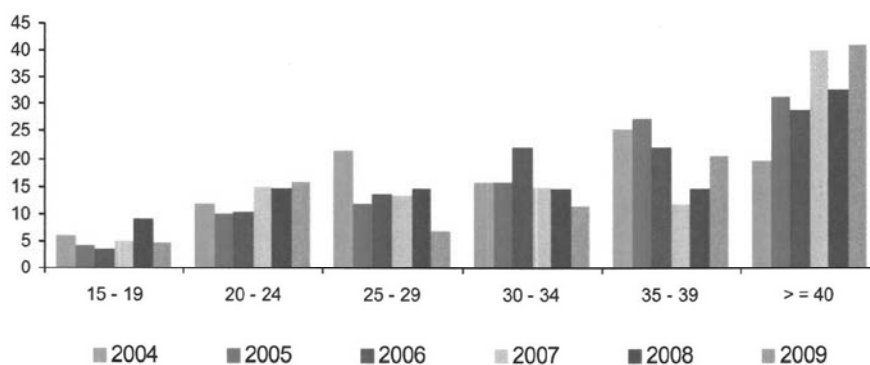
Aumento dell'età
media del decesso

Figura I.3.34: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2004 - 2009



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

Figura I.3.35: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2004 - 2009



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

Di particolare interesse risultano le indicazioni che emergono dall'analisi approfondita della fascia di età più giovane (fino a 19 anni): sostanziale stazionarietà della proporzione delle morti per intossicazione acuta per i maschi, con lieve tendenza alla diminuzione; per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi, oltre ad evidenziare valori più elevati rispetto ai maschi, nel 2009 si osservano valori in linea con i dati precedenti al 2008, anno in cui si è registrato un picco dell'11,5% (Figura I.3.35).