

42.000.000 di veicoli. Questi dati rendono l'Italia in assoluto il Paese europeo con il rapporto più alto tra veicoli e cittadini.

**Tabella I.3.9:** Infrazioni accertate per art. 186 e 187 CdS e percentuali sul totale delle stesse - Italia - anni 2008-2010

	2008	2009	2010	%08	%09	%10
Guida sotto l'influenza di alcool (art. 186)	29.854	26.785	24.744	1,11	1,09	1,04
Guida sotto l'effetto di sost. stup. (art. 187)	2.561	2.211	2.083	0,09	0,09	0,09
Totale infrazioni per art. 186 e 187	32.415	28.996	26.827	1,20	1,18	1,13
Tot. Gen. Infrazioni	2.697.436	2.448.641	2.369.540			

Calano le infrazioni all'art. 186 e 187 CdS

Fonte: Elaborazione su dati Ministero Interno - Polizia Stradale

Dall'analisi della tabella I.3.9 si riscontra che le infrazioni accertate per violazione degli articoli art. 186 e 187 del Codice della Strada sono in valore assoluto in diminuzione costante dal 2008 al 2010, così come il totale generale delle infrazioni; ciò potrebbe essere spiegabile sia da un comportamento più virtuoso dei conducenti che da una diminuzione del volume di controlli (il numero delle pattuglie impiegate è stato di 531.204 nel 2008, 521.473 nel 2009 e 513.719 nel 2010).

Il rapporto tra le infrazioni per alcool e sostanze stupefacenti rispetto al totale generale delle infrazioni evidenzia un trend in diminuzione per violazione art. 186 mentre è sostanzialmente costante per l'art. 187 del Codice della Strada.

#### ***I.3.3.2: Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli Incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.***

Nel corso del 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha promosso la diffusione del Protocollo Drugs on Street (D.O.S.), un'iniziativa che ha l'intento di favorire la diffusione e l'attivazione a livello nazionale di attività di controllo volte alla prevenzione degli incidenti stradali causati dalla guida sotto effetto di alcol e droghe.

Il protocollo Drug on Street

L'attività di controllo svolta attraverso il protocollo D.O.S. consente di individuare i conducenti che, pur non avendo assunto alcol, risultano in stato di alterazione psico-fisica correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti e che, con i normali controlli con etilometro non sarebbero individuate per mancanza di strumenti adeguati, continuando a rimanere alla guida dei propri veicoli e rappresentando un rischio per se stessi e per gli altri sulla strada.

A seguito della fattiva esperienza condotta presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 20 di Verona che prosegue ormai da tre anni, il Dipartimento Politiche Antidroga ha esteso l'iniziativa alle Prefetture, agli Assessorati Regionali, alle Province Autonome e ai Comuni italiani, attraverso l'invio di materiale informativo relativo al Protocollo Drugs on Street, al fine di implementare le attività di controllo sul territorio locale.

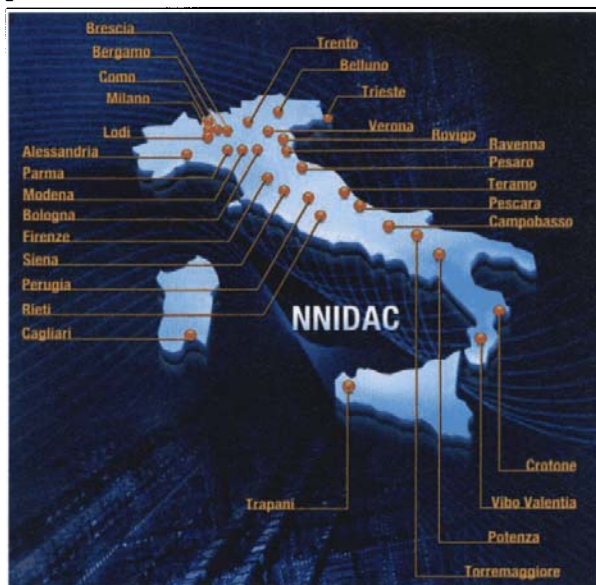
In seguito ad un'attenta valutazione dei tassi di incidentalità e sulla base delle manifestazioni di interesse fornite dalle Prefetture, nell'anno 2009 sono stati individuati 29 Comuni italiani ai quali è stato attribuito uno stanziamento di fondi per l'attivazione di progetti esecutivi territoriali adattabili alle esigenze locali nel rispetto degli obiettivi previsti dal Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo D.O.S.

Sperimentazione attiva in 29 Comuni italiani

Il progetto, che si avvale della collaborazione del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, del Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome,

dell'ANCI, del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani e del coordinamento delle Prefetture è attivo nei 29 comuni sotto riportati (figura I.3.38).

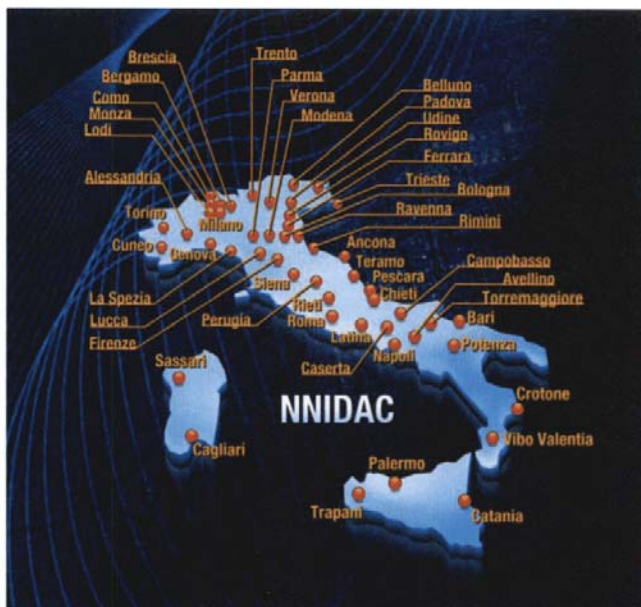
**Figura I.3.38:** Comuni aderenti e partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC2009-2010 – Protocollo Drugs on Street.



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC2009-2010 – Protocollo DOS

È previsto che nel corso del 2011 il progetto prosegua ampliando a 50 il numero di comuni coinvolti e partecipanti (figura I.3.39).

**Figura I.3.39:** Comuni previsti come partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC2010-2011 – Protocollo Drugs on Street.



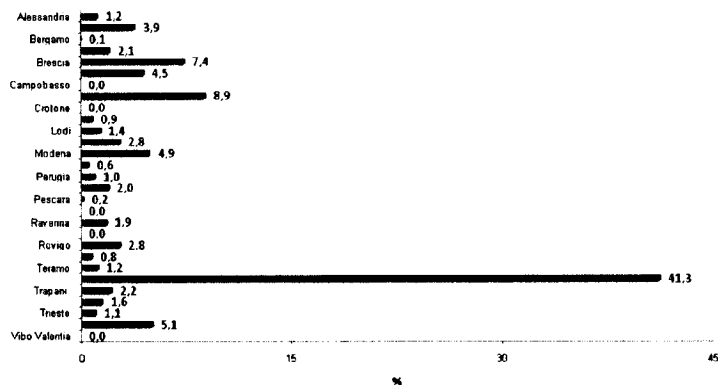
I controlli, svolti grazie alla collaborazione sinergica tra Forze dell'Ordine (Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Polizia Provinciale) ed una equipe di medici e infermieri, hanno interessato una vasta superficie del territorio italiano, corrispondente a 5.256,06 kmq e pari all'1,74% dell'intera superficie italiana, ed una popolazione (fascia d'età 15-64 anni) potenziale di 4.635.728 abitanti pari all'11,69% della stessa fascia d'età.

I risultati di seguito riportati sono relativi alle attività di controllo condotte presso i comuni interessati nei primi undici mesi delle attività progettuali, ovvero svolte da maggio 2010 ad aprile 2011.

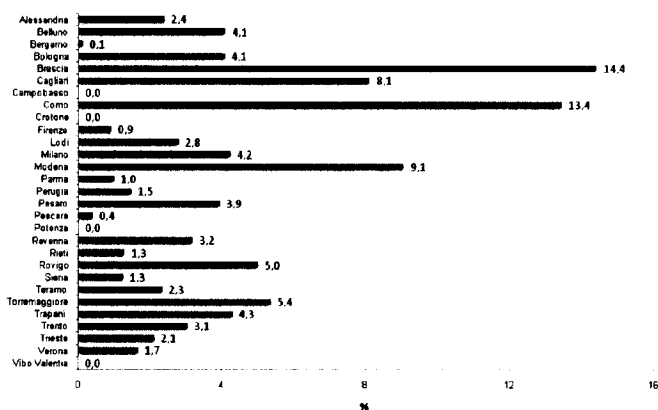
I risultati descritti si riferiscono ad un campione di conducenti sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici, fermati con criterio casuale tra la popolazione dei conducenti sul territorio nazionale, in fascia oraria notturna (00.00 - 6.00) compresa tra venerdì e sabato.

Durante l'attività di controllo sono stati fermati quasi 38.000 veicoli e sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici oltre 19.267 conducenti, nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Risultati emersi

**Figura I.3.40:** Distribuzione percentuale dei veicoli controllati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 201038.000 Veicoli  
controllati

Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo DOS

**Figura I.3.41:** Distribuzione percentuale dei conducenti esaminati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 201019.267 conducenti  
sottoposti ad  
accertamenti  
clinico-tossicologici

Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo DOS

**Tabella I.3.10:** Controlli effettuati sui conducenti fermati per accertamenti artt. 186 e 187 CdS, ed esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati

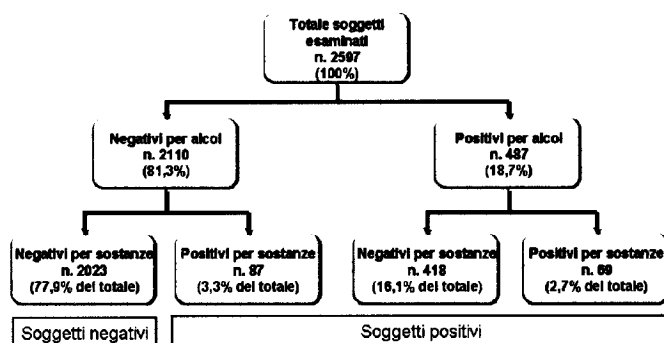
Caratteristiche	N	% c
<b>Controlli effettuati</b>		
Totale Conducenti fermati	19.267	100
Totale esaminati solo per alcol	16.647	86,4
Totale esaminati per alcol e droga	2.597	13,5
Rifiuti ad effettuare esami clinico-tossicologici	23	0,1
<b>Esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati</b>		
Conducenti negativi	18.158	94,4
Positivi Solo Alcol (art. 186 e 186bis del C.d.S.)	930	4,8
Positivi Solo Droghe (art. 187 C.d.S.)	87	0,5
Positivi Alcol e Droghe (artt. 186, 187 C.d.S.)	69	0,4
Totale Conducenti Positivi	1086	5,6

Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo DOS

Rispetto all'intero campione di conducenti sui quali sono stati eseguiti i controlli, è emersa una positività all'alcol, alle droghe o all'associazione di alcol e droghe pari al 5,26%. Tra i conducenti positivi all'etilometro (930), la maggior parte (80%) ha un tasso alcolemico compreso tra 0,5 – 1,5 g/l (fino a 3 volte il limite legale consentito, pari a 0,5 g/l), l'11% un'alcolemia compresa tra 0,0 – 0,5 g/l (limite per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose) e il restante 9% un'alcolemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo.

**Figura I.3.42:** Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga.

3% Positivi droghe  
ma negativi all'alcol

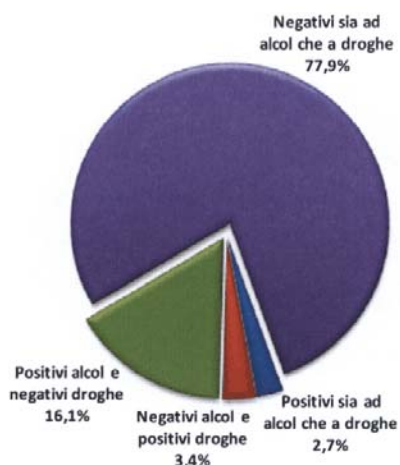


Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo DOS

Va evidenziato che sul totale degli esaminati per alcol e droga (2.597), tra coloro che sono risultati negativi ai controlli con alcolimetro, il 3,35% è risultato invece positivo agli accertamenti tossicologici.

**Figura 1.3.43:** Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga.

77,9% negativi  
all'alcol e droghe

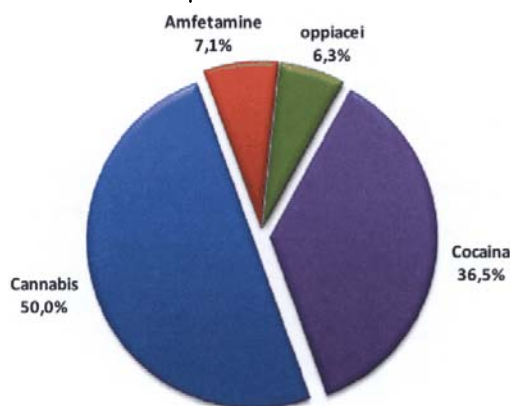


Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo DOS

Tra i conducenti risultati positivi alle droghe la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (50% dei casi) e svolge un ruolo principale nel determinismo di incidenti stradali sia per la frequenza d'uso nella popolazione generale, sia per gli effetti conseguenti l'assunzione, seguita dalla cocaina (36,5%), dagli oppiacei (6,3%) e dalle amfetamine (7,1%).

**Figura 1.3.44:** Positività alle sostanze psicoattive riscontrate tra i conducenti esaminati

50% positivi per  
cannabis, 36,5%  
positivi per cocaina



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo DOS

Un fenomeno riscontrato con una certa frequenza riguarda la poliassunzione, ossia l'assunzione contemporanea di diversi tipi di droghe o l'associazione di alcol e droghe. Nonostante l'esiguità dei dati è possibile evidenziare la frequente combinazione di cannabis e cocaina, alcol e cannabis o alcol e cocaina.

Il nuovo Codice della Strada, di recente modificato (legge 29 luglio 2010, n. 120), regola la guida in stato psicofisico alterato con tre articoli specifici.

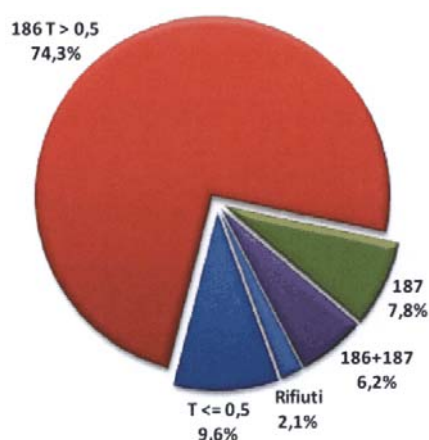
Agli articoli 186 “Guida sotto l'influenza dell'alcool”, 187 “Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti”, si è aggiunto l'articolo 186-bis, che regola la “Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose”.

Con l'attivazione del Protocollo Drugs on Street e sulla base del nuovo sistema normativo che prevede sanzioni più severe per i trasgressori, sono state intensificate le azioni di controllo e monitoraggio sulle strade.

Il nuovo Codice  
della Strada

**Figura I.3.45: Sanzioni dei conducenti positivi**

1003 patenti ritirate  
89 veicoli confiscati



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC

Sul totale dei conducenti sanzionati (1.109), sono state ritirate 1003 patenti e confiscati 89 veicoli.

Il 76% dei conducenti esaminati è stato sanzionato per abuso di alcool (tra 0,5 – 1,5 g/l), che risulta essere il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali. Seguono le sanzioni per gli articoli 186-bis e 187 con l'8%, la poliusanza di sostanze stupefacenti associata all'uso di alcool col il 6%.

La diffusione del Protocollo Drugs on Street a livello nazionale ha posto le basi per sviluppare e incrementare azioni di prevenzione e controllo mirate a contrastare l'incidentalità stradale alcool e droga correlata.

La creazione di reti a livello locale composte dalle Prefetture, Forze dell'Ordine, personale sanitario e altri Enti coinvolti nei progetti territoriali, il supporto formativo organizzato dal Dipartimento Politiche Antidroga, nonché le campagne informative locali, hanno costituito un Network efficace non solo per effettuare controlli su strada, nel rispetto delle norme previste dal Codice della Strada, ma anche per creare un effetto deterrente sui territori interessati rendendo più consapevoli i conducenti che si sono messi alla guida.

I risultati positivi raggiunti dalle attività progettuali in 29 Comuni hanno dimostrato l'efficacia degli interventi in termini di individuazione dei conducenti alla guida in stato alterato, la fattibilità organizzativa e il grado di accettabilità sia da parte degli operatori che dei conducenti, pertanto si è deciso di promuovere per il biennio 2011-2012 il metodo in tutta Italia coinvolgendo, a livello esecutivo, complessivamente 50 comuni italiani e relative Prefetture.

### I.3.4. Mortalità acuta droga correlata

Come da indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, l'argomento della mortalità nei consumatori di droga viene suddiviso tra mortalità per intossicazione acuta e mortalità tra i tossicodipendenti per altra causa. La prima viene analizzata nel presente paragrafo, 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, anno in cui si sono registrati 1.002 casi di decesso per overdose, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 al 2007 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 551 e i 653 decessi. Nel triennio successivo si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2010 (Figura I.3.46). Gli andamenti per genere non evidenziano particolari differenze ed il rapporto dei decessi tra maschi e femmine si attesta all'incirca a 10 maschi ogni donna (9,5); tale quoziente varia da un minimo di 7,2 nel 2003 (in cui il 12,2% dei deceduti era costituito da donne) ed un massimo di 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi) (Tabella I.3.11).

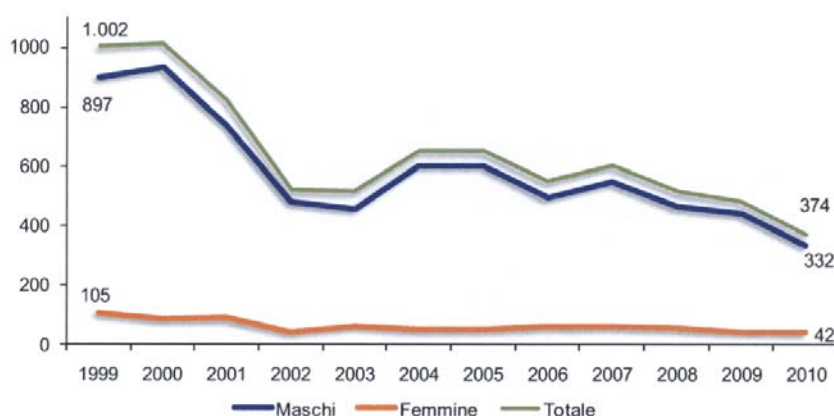
Trend in forte decremento dei decessi droga correlati: da 1.002 decessi nel 1999 a 374 nel 2010

**Tabella I.3.11:** 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	2010
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440	332
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44	42
Tot.	1002	1016	825	520	517	653	653	551	606	517	484	374
M/F	8,5	11,0	8,4	11,4	7,2	11,8	11,8	8,3	9,1	8,4	10,0	7,9

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

**Figura I.3.46:** Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2010

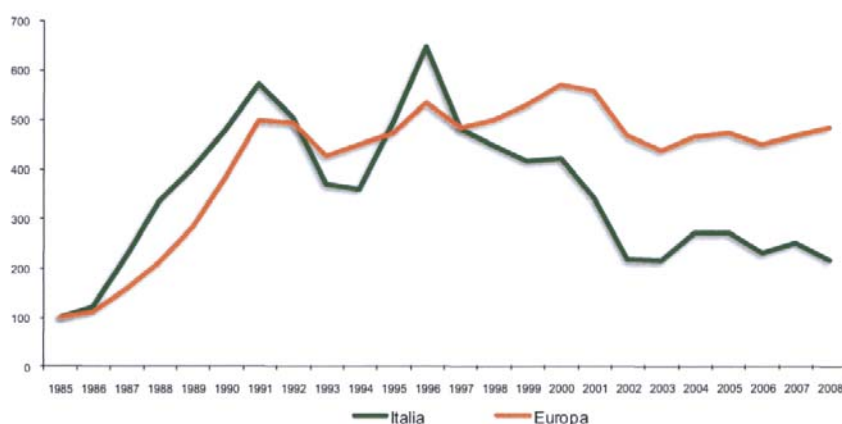


Continua la diminuzione dei decessi

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

I decessi per intossicazione acuta da 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, in Italia, il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente 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 periodo successivo, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati (Figura I.3.47).

**Figura I.3.47:** Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2008 (Anno base 1985=100)



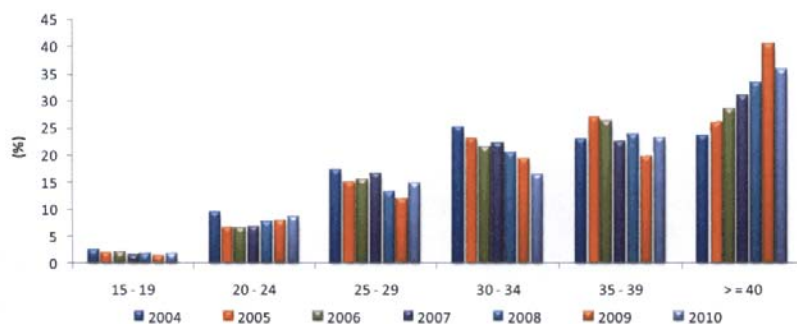
Maggior  
decremento dei  
decessi in Italia  
rispetto al trend  
europeo

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2010

Nell'ultimo decennio l'età del decesso è progressivamente aumentata, passando in media dai 32 anni circa del 1999 ai 36 del 2010; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2010 tale quota raggiunge il 58%, con un picco del 60% nel 2009. Caratteristiche sostanzialmente simili si riscontrano dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere, sebbene in quello femminile si osservi una maggiore variabilità nel periodo temporale oggetto di analisi. Per entrambi la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40, a fronte di una progressiva riduzione dei decessi nella fascia di età 30-34 sia per i maschi che per le femmine.

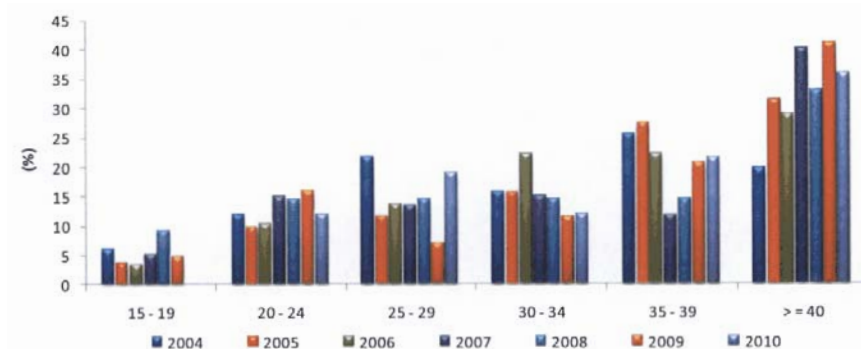
Aumento dell'età  
media del decesso:  
da 32 nel 1999 a 36  
nel 2010

**Figura I.3.48:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2004 – 2010



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

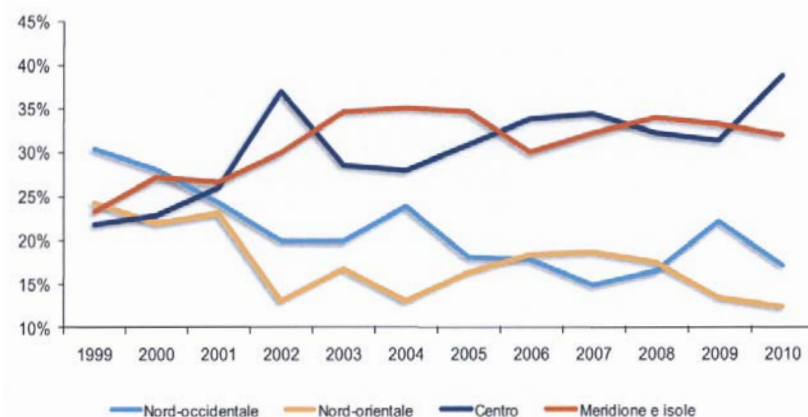
**Figura I.3.49:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2004 – 2010



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

Differenze tra i generi si osservano nelle fasce di età dei giovani adulti (20-24 anni) e giovanissimi (15-19 anni) con percentuali di decessi più elevate per le femmine. Nella fascia di età più giovane, si osserva una tendenziale riduzione nel tempo della percentuale di decessi tra i maschi, fino al 2009, con un successivo lieve aumento nel 2010. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi è costantemente superiore ai maschi di giovane età, con valori massimi nel 2008 (11,5%); nel 2010 si annulla in relazione all'assenza di decessi (Figura I.3.49).

**Figura I.3.50:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 – 2010



Percentuale maggiore di decessi in meridione/isle e centro

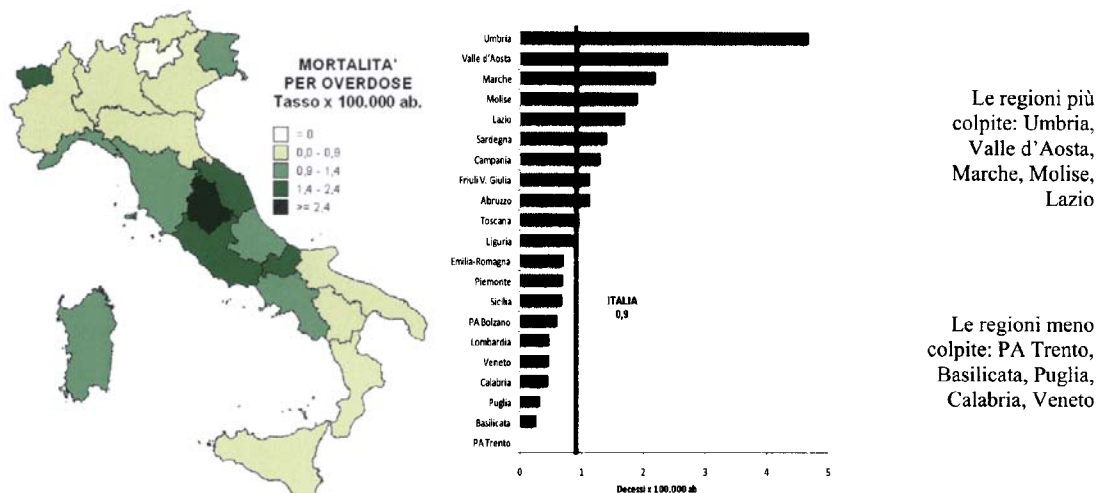
Trend geograficamente differenziati: aumento al centro, diminuzione al nord, meridione e isole

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

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta a livello territoriale nell'ultimo decennio evidenzia una predominanza nell'area centro-meridionale del Paese, che si mantiene con una discreta variabilità per tutto il periodo considerato. Nel 2010, si osserva un aumento dei decessi nel centro Italia ed una riduzione in tutte le altre zone del Paese (Figura I.3.50).

Anche nel 2010, l'Umbria risulta essere la Regione maggiormente colpita dai decessi per overdose facendo registrare un picco pari a quasi 5 decessi ogni 100.000 residenti, seguita dalla Valle d'Aosta e dalle Marche. Gli unici due casi registrati nel Trentino Alto Adige, sono localizzati all'interno della Provincia Autonoma di Bolzano (Figura I.3.51).

**Figura I.3.51:** Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2010



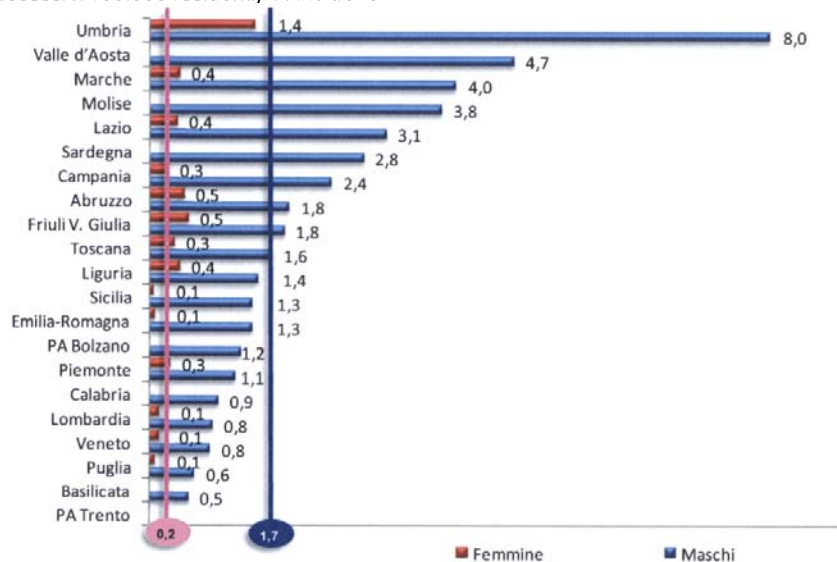
Le regioni più colpite: Umbria, Valle d'Aosta, Marche, Molise, Lazio

Le regioni meno colpite: PA Trento, Basilicata, Puglia, Calabria, Veneto

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

La distribuzione del tasso di mortalità<sup>5</sup> per intossicazione acuta per genere e per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Regione Umbria per entrambi i generi (8 decessi per 100.000 residenti maschi e 2 decessi per 100.000 residenti femmine). Tale indicatore risulta sensibilmente inferiore per le femmine in tutte le regioni e PP.AA. con valore medio nazionale pari a 0,2 decessi per 100.000 residenti a fronte di 1,7 decessi per 100.000 residenti osservato nei maschi (Figura I.3.52).

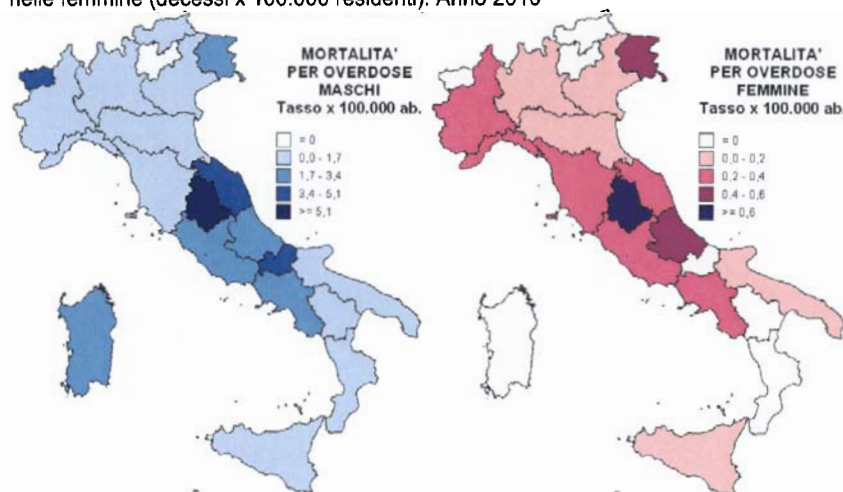
**Figura I.3.52:** Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti, per genere (decessi x 100.000 residenti). Anno 2010



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

<sup>5</sup> Il tasso di mortalità per intossicazione acuta viene calcolato dividendo il numero di deceduti e residenti in una determinata regione sulla popolazione (15-64 anni - a rischio) residente nella regione alla data del 1 gennaio 2010.

**Figura I.3.53:** Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti, nei maschi e nelle femmine (decessi x 100.000 residenti). Anno 2010

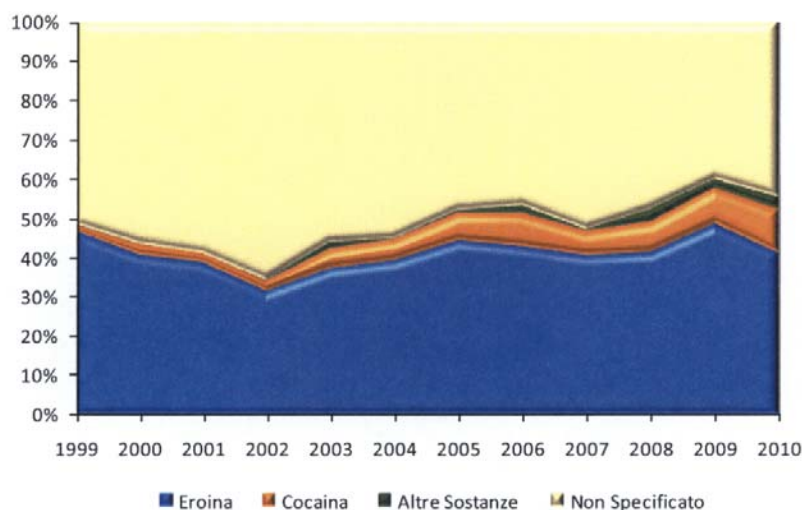


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per circa il 44% dei decessi registrati nel 2010 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso (si ricorda che non ci si basa su indagini tossicologiche ma su meri elementi circostanziali); nel 41% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nell'11% alla cocaina, nel 2% al metadone e nel restante 2% ad altre sostanze (un decesso per M.D.M.A. amfetamina, uno per crack, uno per hashish ed uno per barbiturici). L'eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi e di tossicodipendenze. Come nel 2009, l'età media dei decessi per eroina è mediamente pari a 37 anni, mentre per la cocaina si passa da 36 a 37 anni.

Eroina prima  
sostanza  
responsabile  
dei decessi

**Figura I.3.54:** Percentuale dei decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza. Anni 1999 – 2010



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

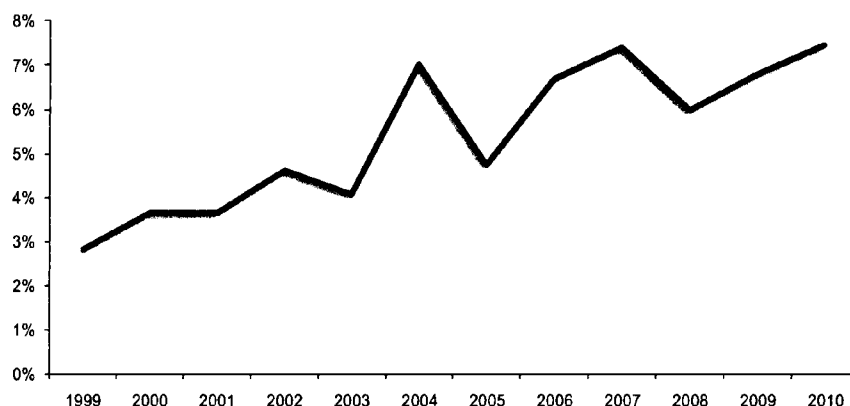
Dal 1999, anno in cui si sono registrati 470 morti attribuite ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002 raggiungendo 165 decessi; dal 2004 al 2009 (ad eccezione di un picco nel 2005) si osserva una

tendenziale stabilità del fenomeno, tra i 200 e i 250 casi l'anno; nel 2010 si registra un nuovo forte decremento (154 decessi). Anche la quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, in lento ma graduale aumento fino al 2009, nel 2010 ha fatto registrare una lieve diminuzione, passando da 43 a 41 decessi (Figura I.3.54).

La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.3.55) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente, al di sotto del 3% ad inizio periodo, arrivando al 7,5% nel 2010.

Trend in lieve  
diminuzione di  
overdose per la  
cocaina

**Figura I.3.55:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 – 2010



Aumento  
percentuale delle  
overdose nella  
popolazione  
straniera

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

### I.3.5. Mortalità tra i consumatori di droga

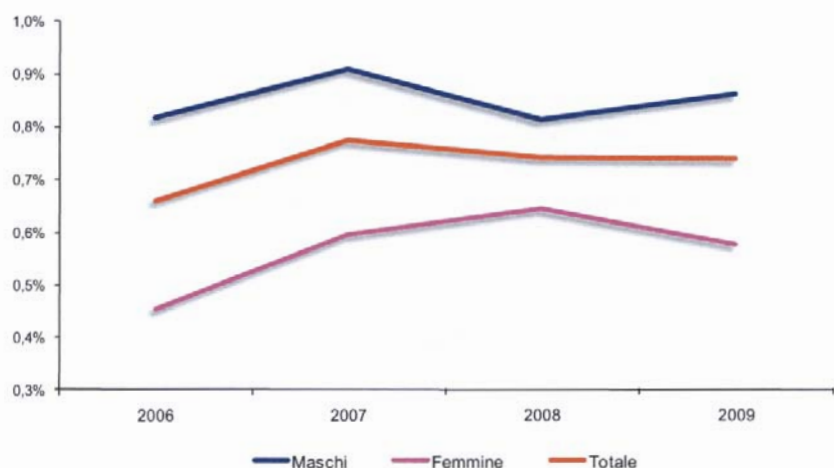
L'intossicazione acuta da una e più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe, tuttavia il fenomeno della mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari e epatotopie) o i decessi indirettamente correlati all'uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall'intossicazione acuta).

L'attribuzione della causa di morte si basa sulla prima diagnosi del medico che certifica la morte o del necroscopo e non su una specifica documentazione clinica; c'è quindi un problema di corretta e completa certificazione clinica, di accuratezza nella "causa iniziale", cioè "la malattia, o causa, che ha dato inizio al concatenamento di eventi che ha avuto il decesso come esito finale".

La morte prematura che può riguardare persone anche molto giovani e non necessariamente in fase di uso dipendente o in situazione di cronicità, è determinata sia da cause naturali (soprattutto infezioni e problemi/complicanze cardiovascolari) che da cause non naturali (overdose, suicidi, omicidi, incidenti stradali e sul lavoro). La registrazione di tali elementi viene però raramente rilevata in relazione all'azione delle sostanze psicoattive. Una componente informativa aggiuntiva rispetto alla mortalità droga correlata, sebbene parziale in relazione a quanto sopra esposto, può essere desunta dall'analisi della scheda di dimissione ospedaliera, relativamente ai ricoveri droga correlati.

Ancora difficoltosa  
la ricostruzione  
delle varie cause di  
morte droga  
correlate

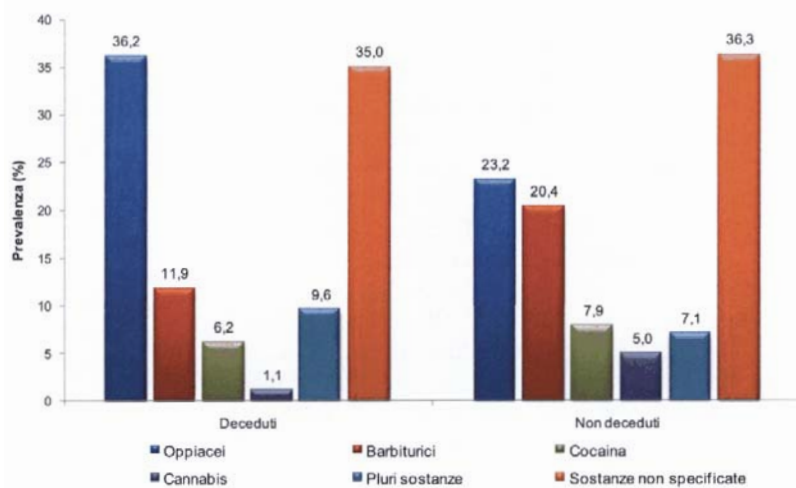
**Figura I.3.56:** Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso per genere. Anni 2006 – 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

I ricoveri con esito infausto si attestano a valori inferiori all'1% del totale dei ricoveri droga correlati nel 2009 (177). Negli ultimi quattro anni dopo un lieve aumento dei decessi dal 2006 al 2007, l'andamento si è stabilizzato. Per il genere femminile, l'andamento dei decessi evidenzia un aumento fino al 2008 (0,4% nel 2006, 0,6% nel 2007 e 0,65% nel 2008) per poi attestarsi allo 0,6% nel 2009.

**Figura I.3.57:** Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute