

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche  
Capitolo 3 Comorbidità droga correlata

337

L'analisi della multimorbidità (effettuata considerando tutte le diagnosi riportate nella scheda di dimissione ospedaliera) evidenzia che nel 2013 sono 14.959 i casi di pazienti di 15-64 anni con menzione di abuso di droghe o avvelenamento da droghe in almeno una delle diagnosi, contro 4.886 casi con la stessa menzione solo nella diagnosi principale (Tabella 79). Il rapporto (numero di casi per tutte le diagnosi diviso il numero di casi per la diagnosi principale) è quindi pari a 3,1. Di conseguenza, anche il tasso grezzo di ospedalizzazione aumenta molto quando si considerano tutte le diagnosi della scheda di dimissione ospedaliera (38,4 per 100.000 residenti vs. 12,5).

Le differenze di genere e per classi di età si confermano considerando il quadro patologico complessivo, ma con qualche lieve differenza rispetto all'analisi per diagnosi principale. Il rapporto di genere (ricoveri maschili / ricoveri femminili) sale da 2 nel caso della diagnosi principale droga-correlata a 2,5 nel caso della multimorbidità: negli uomini quindi è più frequente la presenza di diagnosi droga-correlate tra le diagnosi secondarie. Tuttavia tale divario di genere tende a ridursi all'aumentare dell'età.

Per quanto riguarda le classi di età, si conferma la maggior frequenza dei ricoveri droga-correlati nelle classi 25-34 e 35-44 anni, seguita dalla classe 45-54 anni.

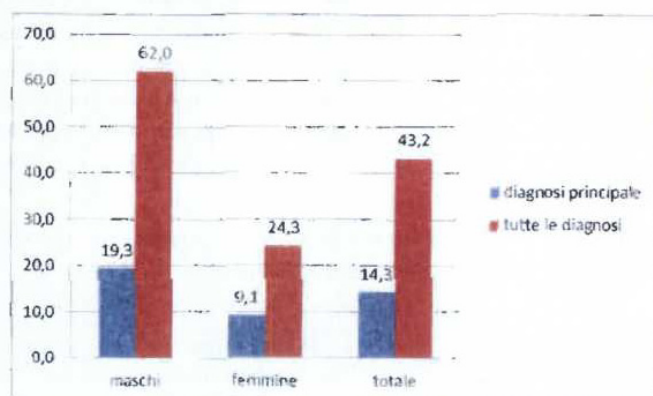
Tabella 79: Dimissioni ospedaliere droga-correlate 15-64 anni per classe di età, diagnosi principale o tutte le diagnosi. Numero assoluto, tassi grezzi e standardizzati (per 100.000). Popolazione residente, anno 2013

Età	Diagnosi principale		Tutte le diagnosi		Rapporto Tutte / Principale
	dimissioni	tasso grezzo	dimissioni	tasso grezzo	
	Maschi				
15-24	561	18,4	1.496	49,0	2,7
25-34	901	25,7	2.674	76,4	3,0
35-44	1.085	23,5	3.650	78,9	3,4
45-54	582	12,7	2.298	50,2	3,9
55-64	146	4,0	551	15,2	3,8
Tot (15-64)	3.275	16,9	10.669	55,0	3,3
Femmine					
15-24	219	7,6	576	19,9	2,6
25-34	333	9,6	886	25,5	2,7
35-44	400	8,6	1.156	24,9	2,9
45-54	441	9,3	1.142	24,2	2,6
55-64	218	5,6	530	13,7	2,4
Tot (15-64)	1.611	8,2	4.290	21,9	2,7
Totale					
15-24	780	13,1	2.072	34,9	2,7
25-34	1.234	17,7	3.560	51,1	2,9
35-44	1.485	16,0	4.806	51,8	3,2
45-54	1.023	11,0	3.440	37,0	3,4
55-64	364	4,8	1.081	14,4	3,0
Tot (15-64)	4.886	12,5	14.959	38,4	3,1

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per la classe 15-64 anni confermano che, pur eliminando l'effetto della diversa struttura per età, permangono sia le forti differenze tra la frequenza dei ricoveri droga-correlati ottenuti considerando la diagnosi principale o tutte le diagnosi, sia le forti differenze di genere (Figura 118).

Figura 118: Dimissioni ospedaliere droga-correlate 15-64 anni per sesso e diagnosi principale o tutte le diagnosi. Tassi standardizzati (per 100.000). Popolazione residente, anno 2013



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nella Tabella 80 sono riportati i risultati dell'analisi delle condizioni associate alle diagnosi droga-correlate<sup>58</sup>. Il gruppo dei disturbi psichici è quello più fortemente associato con queste diagnosi (misura di associazione pari a 13,7). Nell'ambito di questo gruppo le diagnosi più importanti sono i disturbi della personalità, che sono presenti nelle dimissioni droga-correlate 29,3 volte di più rispetto alle altre dimissioni, e la sindrome da dipendenza da alcol (28,1). In termini di frequenza sono rilevanti anche i disturbi episodici dell'umore.

Segue il gruppo delle malattie infettive e parassitarie che è associato alle dimissioni droga-correlate 4,1 volte di più rispetto alle altre dimissioni e che è presente in circa il 90% delle schede di dimissione droga-correlate. Tra queste malattie rientra l'epatite virale (misura di associazione pari a 13,4), le infezioni da HIV (incluso AIDS) e le candidiasi. Le malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi presentano una misura di associazione pari a 2,9 e una frequenza di circa 13% nelle schede di dimissione droga-correlate. All'interno del gruppo si individuano le epilessie e crisi ricorrenti e soprattutto l'emicrania con una misura di associazione particolarmente elevata (80) e una frequenza pari a 9,2%. Tra i traumatismi e gli avvelenamenti, gli avvelenamenti da analgesici, antipiretici e antireumatici e gli avvelenamenti da sostanze psicotrope presentano misure di associazione con le dimissioni droga-correlate molto elevate, anche se sono presenti con una frequenza prossima a 1-2%.

<sup>58</sup> Come misura di associazione tra diagnosi droga-correlate e condizioni specifiche riportate nella scheda di dimissione ospedaliera, è stata usata una stima del rapporto delle proporzioni standardizzato per età (Age-Standardized Proportion Ratio - ASPR) (Drug induced mortality: a multiple cause approach on Italian causes of death Register Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2015, Volume 12, Issue 1 - Suppl 1)

## Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche

339

## Capitolo 3 Comorbilità droga correlata

Con misure di associazione e frequenza percentuale più contenute ma comunque significative, si segnalano la malattia epatica cronica e cirrosi, la bronchite cronica e le altre malattie del polmone.

**Tabella 80:** Misure di associazione, standardizzate per età, di alcune condizioni con le diagnosi droga-correlate (Emodda - selezione B) menzionate nelle schede di dimissione ospedaliera. Dimissioni dei residenti in Italia di età 15-64 anni, anno 2013 (a)

Codice ICD9CM	Descrizione	Numero di dimissioni con diagnosi droga-correlate per diagnosi menzionata	Proporzione grezza (%) di dimissioni per diagnosi menzionata		ASPR (b)	Intervallo di confidenza (95%)
			Olmessi con diagnosi droga-correlate (N=14,959)	Altri dimessi (N=4,541,172)		
001-139 di cui	Malattie infettive e parassitarie	13.560	90,6	21,6	4,1	[4.1 - 4.1]
012	Candidiasi	183	12	0,1	14,8	[0.7 - 16.7]
070	Epatite virale	143	9,4	0,6	13,4	[0.7 - 14.2]
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV) (c)	804	5,4	0,5	11,1	[0.4 - 11.8]
140-239	Tumori	285	1,9	13,9	0,2	[0.2 - 0.3]
240-279	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi	362	2,4	3,0	0,8	[0.8 - 0.9]
280-289	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	362	2,4	3,0	0,8	[0.8 - 0.9]
290-319 di cui	Disturbi psichici	9.693	64,6	4,5	13,7	[13.5 - 13.8]
301	Disturbi di personalità	3.371	22,5	0,6	28,3	[28.3 - 30.3]
303	Sindrome di dipendenza da alcool	1452	9,7	0,3	26,1	[26.6 - 29.6]
312	Disturbo della condotta, non classificato altrove	201	1,3	0,1	8,7	[8.0 - 21.8]
298	Altre psicosi non organiche	787	5,3	0,3	12,2	[12.2 - 14.2]
308	Reazione di affollamento	303	2,0	0,2	12,9	[11.5 - 14.5]
296	Disturbi episodici dell'umore	1932	12,9	1,1	11,2	[10.8 - 11.7]
300	Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	849	5,7	0,8	9,7	[8.2 - 10.3]
307	Sintomi o sindromi speciali non classificati altrove	282	1,9	0,3	9,0	[8.2 - 10]
295	Psicosi schizofreniche	738	4,9	0,8	5,4	[5.0 - 5.8]
320-389 di cui	Malattie del sistema nervoso e degli organi di	1.955	13,1	6,8	2,9	[2.8 - 3]
346	Emicrania	1369	9,2	0,2	80,0	[78.5 - 83.8]
345	Epilessia e crisi ricorrenti	223	1,5	0,7	2,4	[2.1 - 2.7]
390-459	Malattie del sistema circolatorio	1.097	7,3	14,4	0,7	[0.7 - 0.7]
460-519 di cui	Malattie dell'apparato respiratorio	998	6,7	6,6	1,2	[1.1 - 1.2]
518	Altre malattie del polmone	407	2,7	1,4	2,3	[2.1 - 2.5]
491	Bronchite cronica	160	1,1	1,0	1,6	[1.4 - 1.8]
520-579 di cui	Malattie dell'apparato digerente	1.323	8,8	13,0	0,7	[0.7 - 0.8]
571	Malattia epatica cronica e cirrosi	848	5,7	1,7	3,7	[3.5 - 3.9]
580-629	Malattie dell'apparato genitourinario	341	2,3	12,5	0,2	[0.2 - 0.2]
680-709	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	294	2,0	2,2	0,8	[0.7 - 0.9]
710-739	Malattie del sistema osteomuscolare e tessuto	365	2,4	10,3	0,3	[0.3 - 0.3]
780-799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	809	5,4	5,7	1,1	[1.0 - 1.2]
800-999 di cui	Traumatismi ed avvelenamenti	1.100	7,4	8,2	0,9	[0.9 - 1.0]
985	Avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici	343	2,3	0,0	289,3	[253.5 - 330]
969	Avvelenamento da sostanze psicotrope	93	1,3	0,0	28,0	[24.2 - 32.5]

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

(a) Le diagnosi sono raggruppate secondo i settori e le categorie (codici a tre caratteri) della classificazione Icd9cm. Sono riportati solo i settori Icd9cm in cui si sono verificati almeno 150 ricoveri. Per le categorie, invece, sono riportate solo quelle con una proporzione grezza nelle dimissioni droga-correlate maggiore del 1% e un valore positivo statisticamente significativo dell'associazione (valore inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% superiore a 1).

(b) Age-Standardized Proportion Ratio

(c) Incluso AIDS. Nel ICD9CM non è previsto un codice specifico per l'AIDS.

### 3.5 Nota su importanza dello studio della comorbidità droga correlata

Le sostanze psicoattive sono dotate di azione farmacologica diretta sul sistema nervoso centrale e sono in grado di influenzare l'individuo nella sua interezza fisica e psichica. Il consumo di sostanze è sempre più spesso associato a compromissione della sfera psichica a diversi livelli, dal disagio psicologico ai disturbi psichiatrici e questa associazione non è più limitata alla dipendenza, ma riguarda tutto il consumo di sostanze. Anche il DSM V, tenendo conto del nuovo scenario dei consumi, non considera separatamente le diagnosi di "abuso" e di "dipendenza", ma le fonde in un unico disturbo da uso di sostanze graduandolo da lieve a grave. Se da una parte ancora si discute se sia l'uso di sostanze a provocare la compromissione della sfera psichica o, al contrario, se sia una predisposizione psicopatologica a portare all'uso di sostanze, dall'altra si osservano in crescita (nella pratica clinica giornaliera) problemi a livello psichico, dai disturbi d'ansia e dell'umore, alle fobie, ai comportamenti ossessivo-compulsivi, alle psicosi talvolta irreversibili associate al consumo anche non continuativo di vecchie e nuove molecole. Sempre più spesso nei dipartimenti di emergenza viene richiesta una consulenza psichiatrica per soggetti assuntori di sostanze; cresce il numero di consumatori indirizzati dai servizi pubblici a comunità terapeutiche specifiche per soggetti con doppia diagnosi; le Società scientifiche di psichiatria, in numerosi incontri, hanno segnalato un preoccupante incremento di soggetti in giovane età per i quali sono state diagnosticate vere e proprie psicosi. Casi emblematici legati all'uso di nuove sostanze psicoattive sono stati segnalati anche attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Rapida sulle Droghe.

Nonostante l'accresciuta attenzione, poco è dato sapere sulla reale dimensione dell'impatto del consumo di sostanze e salute mentale nel nostro paese. Ad eccezione dei dati rilevati dai dipartimenti delle dipendenze sull'utenza di tossicodipendenti in carico e registrati dal Ministero della sanità (tabella nel capitolo sull'attività dei servizi), non esistono ad oggi statistiche ufficiali sulla dimensione della comorbidità psichiatrica in assuntori. I soli dati disponibili sono prodotti nell'ambito di studi geograficamente limitati, da osservazioni nella comunità dei professionisti e in alcune strutture di recupero. Si tratta però di dati diffusi ed a volte confliggenti, non raccolti con metodo e sistematicità in quanto non richiesti dalle istituzioni. Tutto ciò è fonte di diverse posizioni sull'opportunità o meno di trattare gli aspetti psichiatrici in questo capitolo. Pur riconoscendo unanimemente la centralità della problematica, consapevoli dell'attenzione crescente che il tema riveste nella pratica clinica e nella programmazione delle attività ed organizzazione dei servizi socio-sanitari, a riguardo della morbidità droga-correlata nella presente Relazione si è operata la scelta di limitarsi ad introdurre la problematica con l'auspicio che una raccolta sistematica dei dati possa essere avviata già nell'immediato futuro dalle diverse fonti. A tal fine si sottolinea l'importanza di utilizzare un approccio integrato quantitativo-qualitativo poiché è nelle possibilità di quest'ultimo rilevare in assuntori di droghe segnali precoci di disagio mentale, prodromi di veri e propri disturbi psichiatrici.

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche

341

Capitolo 3 Comorbidità droga correlata

**DSM-V**

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati nella ricerca e nella pratica clinica da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo. Arrivato alla quinta revisione (DSM-V), questo Manuale dell'*American Psychiatric Association* è uno strumento di diagnosi e classificazione universalmente utilizzato in psichiatria.

**Allegato 1 - Elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST****Piemonte**

Centro per le Malattie Sessualmente Trasmesse

I Clinica Dermatologica S. Lazzaro

Ospedale delle Molinette

Via Cherasco, 23

10123 Torino

Responsabile: **Sergio DELMONTE**Collaboratore: **Elena Stroppiana****Liguria**

Centro MST-SC Dermatologia

Ospedale Galliera di Genova

Via Mura delle Cappuccine, 14

16128 Genova

Responsabile: **Luigi PRIANO****Lombardia**

Centro MTS - Istituto Scienze Dermatologiche

Fondazione Ca' Granda

Università di Milano

Via Pace, 9

20122 Milano

Responsabile: **Marco CUSINI**Collaboratore: **Stefano Ramoni**

Relazione Annuale al Parlamento 2015

342

Istituto Malattie Infettive e Tropicali

Spedali Civili di Brescia

Università degli Studi di Brescia

Piazza Spedali Civili, 1

25125 Brescia

Responsabile: **Alberto MATTEELLI**Collaboratore: **Sara Bigoni**

UO Medicina Transculturale e Malattie a trasmissione sessuale

ASL Brescia

Viale Piave, 40

25123 Brescia

Responsabile: **Issa EL HAMAD**Collaboratore: **Carla Scolari****Trentino-Alto Adige**

Centro Dermatologia Sociale - MTS

Ospedale Regionale S. Chiara

Via Gocciadoro, 82

38100 Trento

Responsabile: **Franco URBANI**Collaboratore: **Laura Rizzoli****Friuli-Venezia Giulia**

Centro MST

Presidio Preventivo Epidemiologico Provinciale AIDS

Via Vittorio Veneto, 181

34170 Gorizia

Responsabile: **Gianmichele MOISE**Collaboratore: **Marina Trabeni****Emilia-Romagna**

Centro MTS - Clinica Dermatologica

Ospedale S. Orsola

Via Massarenti, 1

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche

343

Capitolo 3 Comorbilità droga correlata

40138 Bologna

Responsabile: **Antonietta D'ANTUONO**Collaboratore: **Valeria Gaspari****Toscana**

ASF/Dipartimento di Chirurgia e Medicina traslazionale

Università di Firenze

Presidio Ospedaliero P. Palagi

V.le Michelangiolo, 41

50125 FIRENZE

Responsabile: **Giuliano ZUCCATI**Collaboratore: **Laura Tiradritti****Lazio**

Centro MST/HIV

Istituto Dermatologico San Gallicano

Via Fermo Ognibene, 23

00144 Roma

Responsabile: **Antonio CRISTAUDD**Collaboratore: **Alessandra Latini****Puglia**

Clinica Dermatologica Universitaria

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

Responsabile: **Mauro GRANDOLFO****Sardegna**

Centro MST - Clinica Dermatologica

Azienda Ospedaliero Universitaria

Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche

PO S. Giovanni di Dio

Via Ospedale, 46

Relazione Annuale al Parlamento 2015

344

09124 Cagliari

Responsabile: **Monica PAU**

Collaboratore: **Roberta Satta**



Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche  
Capitolo 3 Comorbilità droga correlata

345

## Bibliografia

Italia. Decreto Ministeriale 31 marzo 2008. Istituzione del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. *Gazzetta Ufficiale* n. 175, 28 luglio 2008.

CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1987;36 (Suppl 1):1-15.

Ancelle Park, R.A. (1993). Expanded European AIDS cases definition (letter). *Lancet*, 341-441.

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2007

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2008

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2009. Elaborazioni 2010. 2010

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2010 -elaborazioni 2011. 2011

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012. - elaborazioni 2012. 2012

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2012 e primo semestre 2013- elaborazioni 2013. 2013

World Health Organization. Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Breaking the chain of transmission. Geneva: WHO; 2007.

[www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMalattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentierizi](http://www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMalattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentierizi)

World Health Organization. Management of patients with sexually transmitted diseases. Technical Report Series, 810. Geneva: WHO; 1991.

Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. La Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse basate su una rete di centri clinici: 18 anni di attività. *Not Ist Super Sanità* 2012;25(2):3-10

Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2013. *Not Ist Super Sanità* 2015;28(2):3-43.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Sexually transmitted infections in Europe 1990-2012. Stockholm: ECDC (Surveillance Report, 2014).

Italia. Allegato A. Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 191, 18 agosto 2011.

Ministero della Salute. Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990. "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive". *Gazzetta Ufficiale* 8 gennaio 1991, n. 6.

Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. *Eur J Epidemiol* 1986 Dec;2(4):300-4.

Istituto Superiore di Sanità. Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta, SEIEVA. SEIEVA sito web 2014. <http://www.iss.it/seieva>

Crowcroft NS. Hepatitis A virus infections in injecting drug users. *Commun Dis Public Health* 2003;6(2):82-4.

Spada E, Genovese D, Tosti ME, Mariano A, Cucuini M, Proietti L, Di Giuli C, Lavagna A, Crapa GE, Morace G, Taffon S, Mele A, Rezza G, Rapicetta M. An outbreak of hepatitis A virus infection with a high case-fatality rate among injecting drug users. *J Hepatol* 2005;43(6):958-64.

Istat. Demografia in cifre. <http://www.istat.it/demo>

Fondazione Ismu. Diciottesimo Rapporto sulle migrazioni. Franco Angeli, 2012.

Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014.

Ministero della Salute. LEGGE 27 maggio 1991, n. 165. Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B. 1991. Governo italiano.

Ministero della Salute - DG della Prevenzione- Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Vaccinazioni dell'età pediatrica, in Italia: coperture vaccinali. 29-7-2014.

Gruppo di lavoro ICONA. ICONA 2008: Indagine di COpertura vaccinale NAzionale nei bambini e negli adolescenti. (Rapporti ISTISAN 09/29). 2009. Roma, Istituto Superiore di Sanità.

*\* Referenti locali del Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta:*

L. Ferrigno, S. Crateri, G. Iantosca (ISS); Sudano L., Ruffier M. (Valle d'Aosta); Fischer M., Augschiller M., Gamper S., Foppa A., Lechthaler T., Thaler J., Steinmair B. (Prov. Aut. Bolzano); Grandi C., Carraro V., Franchini S. (Trentino Alto Adige); Zotti C., Amprino V., Malaspina S., Gallone A., Castella A., Valenza G., Silano V., Ara G., Tacca M.G., Iodice S., Marchisio A.M., Costantino A.M., Giovanetti F., Susani F. (Piemonte); Donadini A., Nespoli C., Trezzi L., Gennati G., Monteverdi A., Boldori L., De Grada P., Gattinoni A., Brugnoli R., Belloni A., Binotto M., Pinciroli G., Pesci L., Senegaglia P., Crippa S., Altomonte G., Lodola S., Aquino I., Castelli N., Zecca E., Nieri M., Zecca F., Pasquale L., Piedacci G. (Lombardia); Zorzut F., Rocco G., Brianti G., Gallo T., Zuliani M., Breda A., Feltrin O. (Friuli-Venezia Giulia); Russo F., Zanella F., Mel R., Soppelsa M., Mazetto M., Russo F., Zolin R., Todescato A., Bacciolo N., Rizzato D., Pupo A., Nicolardi L., Flora M., Boin F., De Sisti C., D'Ettore G., Caracciolo V., Penon M.G., Bellè M., Cafarra L., Zivelonghi G., Soffritti S., Foroni M. (Veneto); Finarelli A.C., Borriani B.M., Gualanduzzi C., Capra A., Sacchi A.R., Borriani B.M., Mattei G., Gardenghi L., Gianninoni A.R., Sancini R., Dalle Donne E., Rangoni R., Cova M., Bevilacqua L., Fiumana E., Bondi B., Pecci A. (Emilia Romagna); Mela M., Briata M.P., Giuliano M., Turello V., Opisso A., Zoppi G., Torracca P., Ricci M.A., Capellini A. (Liguria); Pecori L., Mazzotta F., Balocchini E., Ghiselli G., Marchini P., Di Vito A., Wanderlingh W., Raso E., Mazzoli F., Berti C., Galletti N., Grandi E., Ferrentino M.S., Marinari M.G., Lombardi A., Barbieri A., Bagnoli A., Bandini M., Lezzi I., Verdelli F., Beltrano A., Bindi R., Sansone C.M., Boncompagni G., Zacchini F., Baretta S., Baroncini O., Staderini C., Filidei P., Chiapparini L., Barghini F., Cadoni M. (Toscana); Tagliavento G., Fiacchini D., Damiani N., Pelliccioni A.R., Liverani A., Peccherillo G., Vaccaro A., Spadoni M.R., Rossini R., Pasqualini F., Priori A., Burattini N., Cimica S., Vitale V., Laici F., Migliozi F., Moretti G., Ciarrocchi G., Impullitti S., Angelini C. (Marche); Tosti A., Giaimo M.D., Buscosi A., Pasquale A., Ciani C., Santocchia F., Proietti M.L., Paoloni M. C. (Umbria); Ercole A., Russo P., Cerocchi C., Grillo P., Loffredo M., Labriola V., Pendenza A., Nappi M.R., Buetti P., Santucci L., Mangiagli F., Varrenti D., Aquilani S., Dionette P., Corpolongo D., Di Luzio G. (Lazio); Di Giacomo M., Graziani M., Mancini C., Turchi C., Granchelli C., Soldato G., D'Eugenio F., Albanesi I. (Abruzzo); Ferrara M.A., Citarella A., Fossi E., Parlato A., Alfieri R., Scotto M., Caiazza A. L. (Campania); Chironna M., Prato R., Matera R., Menolascina S., Colamaria R., Azzollini N., Madaro A., Scalzo G., Ancona A., Pedote P., Moffa G., Pagano I., Angelilliti R., Ferraro M.,

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche

347

Capitolo 3 Comorbilità droga correlata

Aprile V., Turco G. L., Minerba S., Caputi G. (Puglia); Negrone F., Maldini M., Russo T. (Basilicata); Aloia F., Giuffrida S. (Calabria); Mangione R., Consagra R., Cuccia M., Rinnone S. (Sicilia); Delogu F., Fracasso D., Saba A., Puggioni A., Frongia O., Marras M.V., Crasta M.G., Mereu G., Steri G.C., Santus S (Sardegna).

*\*\* Referenti regionali del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV: Manuela Di Giacomo, Viviana Faggioni (Abruzzo) Francesco Locuratolo, Gabriella Cauzillo (Basilicata), Anna Domenica Mignuoli, Daniele Chirico (Calabria), Guglielmo Borgia (Campania), Alba Carola Finarelli, Erika Massimiliani (Emilia-Romagna), Tolinda Gallo, Cinzia Braidà (Friuli-Venezia Giulia), Amalia Vitagliano, Francesco Chini, Paola Barni (Lazio), Giancarlo Icardi, Piero Luigi Lai (Liguria), Maria Gramaglia, Liliana Coppola, Alessandra Piatti, Annamaria Rosa (Lombardia), Fabio Filippetti (Marche), Paola Sabatini (Molise), Chiara Pasqualini (Piemonte), Peter Mian, Oswald Moling (PA Bolzano), Danila Bassetti (PA Trento), Maria Chironna, Michele Quarto (Puglia), Stefano Ledda (Sardegna), Gabriella Dardanoni (Sicilia). Fabio Voller, Monica Da Frè, Monia Puglia (Toscana), Anna Tosti, Rita Papili (Umbria), Marina Giulia Verardo, Mauro Ruffier, Echarlod Elisa Francesca (Valle d'Aosta), Francesca Russo, Francesco Da Re (Veneto)*



## Capitolo 4. Mortalità

*A cura dell'Istat, del Ministero dell'Interno e dell'Istituto Superiore di Sanità*

### 4.1 Mortalità acuta

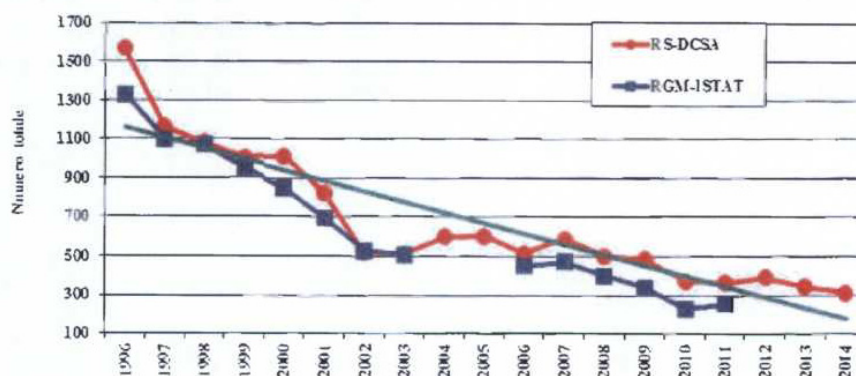
Il consumo di droghe impone alla società tributi da pagare in termini di vite umane per overdose, malattie associate al consumo e comportamenti violenti connessi all'uso di droghe. Anche considerando le sole overdose, in Europa si registrano ogni anno tra i 6.500 e gli 8.500 decessi droga indotti, decessi considerati evitabili.

Nel 2014, il 3,4% di tutti i decessi di cittadini europei tra i 15 ed i 39 anni è stato causato da overdose di stupefacenti e, nel 66% dei casi è stata rilevata la presenza di oppiacei. E' da rilevare che le overdose riguardano non solo consumatori problematici, ma anche semplici consumatori di droghe. La diffusa poliassunzione, la circolazione di droghe adulterate e tagliate in modo nuovo la disponibilità di nuove sostanze psicoattive di elevata potenza, attive a dosi anche sub-molari, contribuiscono ad aumentare i rischi di esito letale, ma anche a complicare gli accertamenti e l'individuazione della sostanza responsabile dell'evento. Tale difficoltà interessa non solo il rilevamento dei casi su base circostanziale ma, se pur in minor misura, anche gli accertamenti tossicologici e forensi. Tutto ciò potrebbe portare ad una sottostima degli eventi, ad una percezione distorta dell'andamento dei decessi per droga e ad abbassare la guardia circa eventuali interventi di prevenzione e di ricerca a tutela della salute pubblica.

Al di là di ogni considerazione, negli ultimi anni si osserva una diminuzione del numero di decessi droga-indotti in gran parte dei paesi europei.

In Italia il numero dei decessi droga-indotti negli ultimi anni è in progressiva riduzione secondo i dati provenienti dal Registro Speciale (RS) della DCSA e dal Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT. Nel 2014 il trend rimane in discesa (Figura 119).

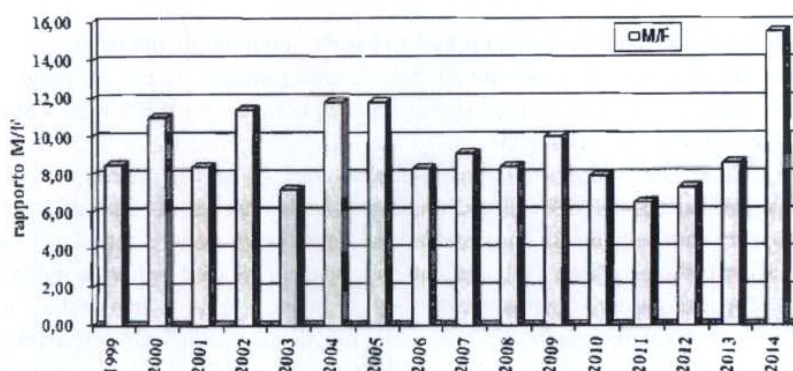
**Figura 119:** Decessi Droga-indotti. Registro Speciale (RS) e Registro generale di Mortalità (RGM). Italia 1996-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e ISTAT

Nel 2014 sono infatti stati registrati 313 decessi droga indotti contro i 349 del 2013 (-10,3%). I maschi erano 294 (93,9%), le femmine 19 (6,1%) ed il rapporto M/F pari a 15,5 (8,7 nel 2013), il valore più alto registrato dal 1999 (Figura 120).

Figura 120: Decessi Droga Indotti. Rapporto di genere per anno. Italia 1999-2014



Fonte. Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

Sulla base del rapporto M/F del 2013, si rileva un 4,5% di femmine in meno rispetto ad un valore atteso di 35. La quota di stranieri era pari al 6,7 % vs. 8,1 dell'anno precedente.

L'età media dei 313 deceduti era pari a 39,7 anni, Q1=33 anni, Mediana = 41 anni, Q3 = 47 anni.

L'età media era di 37,2 anni (23-60) per le femmine. di 39,8 anni (17-60) per i maschi. Nel 2013, 38,2 anni (16-66) era l'età media dei 349 deceduti, Q1 =32 anni, Mediana =39 anni, Q3=45 anni.

Nel 93,2 % dei casi si osserva una coincidenza tra provincia di residenza (compresi gli stranieri che risiedono in Italia) e di ritrovamento dei deceduti facendo ipotizzare una riduzione del nomadismo della droga probabilmente legata alla facilità di reperimento in loco se non addirittura a domicilio.

Relativamente alla sostanza registrata su base circostanziale come direttamente connessa all'evento letale, nel 2014 prevale ancora l'eroina nel 47 % dei casi (n=147), segue la cocaina con 23 decessi (7,3%), il metadone con 19 casi (3,2%), l'amfetamina con un solo caso. Nei rimanenti 132 decessi, cioè nel 45,4% (era il 43,0% nel 2013), non è stato possibile determinare la sostanza.

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche  
Capitolo 4 Mortalità

351

Figura 121: Decessi indotti da cocaina ed altro da eroina. Percento per anno. Italia 2007-2014

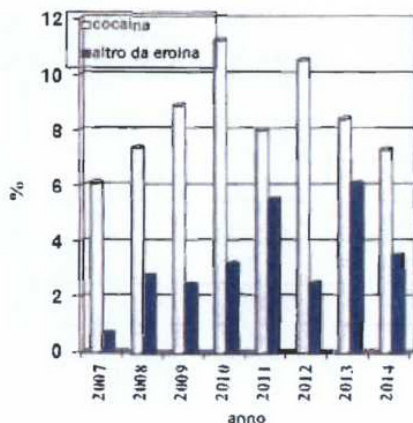
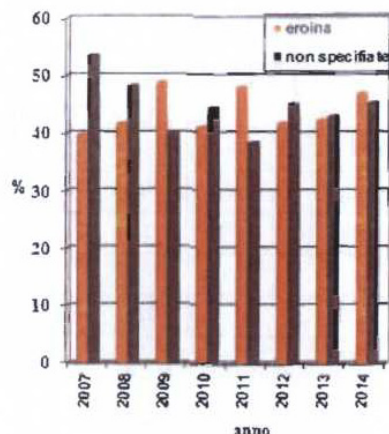


Figura 122: Decessi indotti da eroina e sostanze non specificate. Percento per anno. Italia 2007-2014



Alla contrazione dei casi cocaina indotti si accompagna nel 2014 una riduzione del numero di decessi altro da eroina (Figura 121); non sono state infatti registrate sostanze come ad es. cannabis, barbiturici, benzodiazepine, MDMA presenti nelle statistiche del Ministero dell'Interno per gli anni precedenti. Tra il 2012 ed il 2014, in controtendenza rispetto alla cocaina, si osserva un incremento del numero di decessi eroina-indotti che passano in percentuale dal 41,8 al 42,4 al 47,0 (Figura 122); in altre parole, per circa 5 casi su 10 si è trattato di una fatale intossicazione acuta indotta da eroina. Il numero delle sostanze non precisate resta elevato facendo ipotizzare che alcune intossicazioni fatali potrebbero essere state indotte da sostanze difficili da identificare su base circostanziale oppure a poliassunzioni. E' noto che la poliassunzione accresce il rischio di decesso ed aumenta la difficoltà di attribuire l'evento ad una sostanza anche in caso di controlli post-mortem. La perdita di informazione circa le sostanze, non specificate in oltre il 45% dei casi, rappresenta un significativo ostacolo nel monitorare il trend dei decessi droga indotti. Analizzando i dati in termini di sostanze e ponendo un cutoff a 35 anni di età si rileva come, al netto delle imprecisioni, le differenze tra i < 35 anni ed i ≥ 35 anni forniscano indicazioni di interesse per interventi di prevenzione (Tabella 81).

Relazione Annuale al Parlamento 2015

352

**Tabella 81:** Decessi droga-indotti in soggetti con età < 35 anni e ≥ 35 anni. Percentuale dei soggetti deceduti sul totale della fascia di età, per tipo di sostanza. Italia, 2014 e 2013.

	Maschi				Femmine		
	< 35 anni	≥ 35 anni			< 35 anni	≥ 35 anni	
Amfetamine	0	0,5		2014	Amfetamine	0,0	0,7
Cocaina	9,9	6,3			Cocaina	20,0	10,3
Eroina	36,3	51,3			Eroina	73,3	83,8
Metadone	3,3	3,2			Metadone	6,7	5,1
Imprecisata	50,5	38,7			Imprecisata	-	-
N	91	222	313		N	45	136

	Maschi				Femmine		
	< 35 anni	≥ 35 anni			< 35 anni	≥ 35 anni	
Amfetamine	0,8	1,8		2013	Amfetamine	1,8	2,8
Cocaina	8,4	8,7			Cocaina	17,5	14,1
Eroina	29,2	49,3			Eroina	61,4	79,6
Metadone	7,5	1,8			Metadone	15,8	2,8
Barbiturici	0,8	0,0			Barbiturici	1,8	0,0
Hashish	0,8	0,4			Hashish	1,7	0,7
Imprecisata	52,5	38,0			Imprecisata	-	-
N	120	229	349		N	57	142

Fonte. Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

Il 63% dei deceduti è stato rinvenuto nell'abitazione (79% delle donne), il 6,5% in ospedale. (10,5% tra le donne), sulla strada il 7% dei casi. Circa la distribuzione territoriale dei casi si rimanda alla Relazione Annuale 2014 della DCSA – Ministero dell'Interno (v. Bibliografia).

Dal rapporto annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) si evince che nel corso del 2014, i decessi<sup>59</sup> riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze

<sup>59</sup> Il dato, tuttavia, non è del tutto consolidato, in quanto si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni patologiche. Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di decessi per