

di Polizia o segnalati dalle Prefetture si sono attestati su 313 casi, con un decremento del 10,32% rispetto al 2013. Le persone decedute per droga di sesso maschile sono state 294 (93,93%), mentre quelle di sesso femminile 19 (6,07%). Nel tempo il numero delle donne decedute per abuso di droga è stato sempre minore rispetto a quello degli uomini.

Esaminando le fasce di età, le cifre più alte si riscontrano a partire dai 25 anni per raggiungere i picchi massimi nella fascia superiore ai 40 anni.

La causa del decesso è stata attribuita nel 2014 in 147 casi all'eroina, in 23 alla cocaina, in 10 al metadone, in 1 all'amfetamina; in 132 casi la sostanza non è stata indicata.

Figura 123: Andamento del numero di decessi droga correlati secondo la fascia di età e il genere. Anni 2010-2014.

Decessi - andamento quinquennale per fasce di età e sesso

	2010		2011		2012		2013		2014	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
15 - 19	-	6	3	9	3	10	1	7	-	4
20 - 24	5	28	3	25	4	23	3	20	3	16
25 - 29	8	49	3	39	7	39	10	35	2	24
30 - 34	5	54	12	53	8	56		44	5	36
35 - 39	9	76	5	59	4	80	10	48	1	48
≥ 40	15	119	22	132	21	138	12	159	8	166
Totale	42	332	48	317	47	346	36	313	19	294
	374		365		393		349		313	

L'eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi.

4.2 Mortalità Indotta

La Figura 124 mostra il trend del numero assoluto di decessi droga-indotti registrati in Italia nel periodo 1980-2012. Il numero di decessi per questa causa aumenta fino al 1991 con 1.277 casi. Dopo questo picco si assiste a un trend decrescente terminato solo negli ultimi anni. Nel 2012 si

droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami autoptici e tossicologici, di cui normalmente dispone l'Autorità Giudiziaria

registrano 286 casi. Eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione mediante il calcolo dei tassi standardizzati di mortalità⁶⁰ nel periodo 1992-2012 per la popolazione residente (Figura 125), si evidenzia lo stesso trend descritto per il numero assoluto di decessi, con il valore più elevato nel 1996 (20,1 decessi per 1.000.000 di abitanti) e il più basso nel 2011 (4,1); nel 2012 il tasso aumenta raggiungendo il valore di 4,5 per 1.000.000 di residenti. L'andamento è molto diverso per i due generi: gli uomini infatti mostrano rischi di mortalità droga-indotta più elevati rispetto alle donne. All'inizio del ventennio osservato il rischio degli uomini era circa 10 volte superiore a quello delle donne (35,6 per 1.000.000 versus 3,7) e, sebbene tale distanza si stia riducendo nel tempo, nel 2012 il rischio degli uomini è ancora circa 6 volte più elevato di quello femminile (7,8 versus 1,3). A partire dal 2006 la classe di età con i tassi di mortalità droga-indotta più elevati (Figura 126) è quella di 35-44 anni (nel 2012 il valore del tasso è di 11,1 per 1.000.000 di residenti), diversamente da quanto osservato fino al 2003, quando la classe di età più a rischio era 25-34 anni. Dalla seconda metà degli anni '90 quest'ultima classe di età ha sperimentato una forte riduzione della mortalità per queste cause fino a raggiungere nel 2012 un livello pari a 8,3 per 1.000.000 di residenti. Un calo continuo nell'intero periodo considerato si osserva per il gruppo d'età 15-24 anni (il tasso passa da 33,1 decessi per 1.000.000 di abitanti del 1992 a 2,5 nel 2012). In contrasto con il comportamento degli altri gruppi di età, nel periodo 1992-2012 le persone di età 45-54 anni hanno sperimentato un incremento nella mortalità droga-indotta che, fatta eccezione per il lieve declino del 2010 e 2011, raggiunge il valore di 8,1 nel 2012. Tutti i cambiamenti osservati nei livelli di mortalità hanno avuto come effetto una riduzione delle differenze per età.

La geografia della mortalità droga-indotta è cambiata negli ultimi 20 anni di osservazione (

Figura 127). Dal 1992 al 2001 la mortalità è stata più elevata nell'Italia del Nord e del Centro in confronto alle regioni del Sud e alle Isole. Dal 2002 i valori del Nord e del Sud sono diventati più simili e nel loro complesso più bassi di quelli del Centro. Nel 2012 i tassi di mortalità in queste macro aree variano tra 2,6 per 1.000.000 di abitanti nel Sud e 4,1 nel Nord-Ovest, mentre il Centro mostra valori più elevati (8,5) e una tendenza all'aumento nell'ultimo anno.

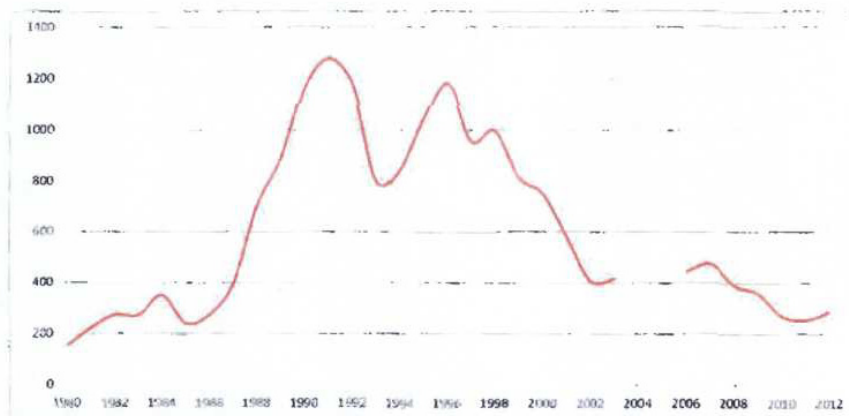
⁶⁰ I tassi standardizzati di mortalità sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9, ..., 90+), la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche

355

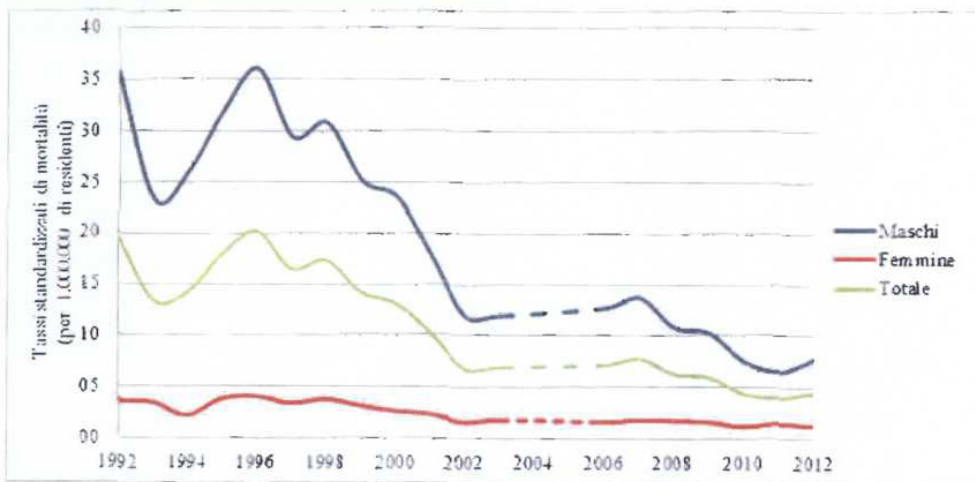
Capitolo 4 Mortalità

Figura 124: Trend della mortalità per droga in Italia, per anno di decesso. Numero assoluto di decessi. Popolazione presente, anni 1980-2012.



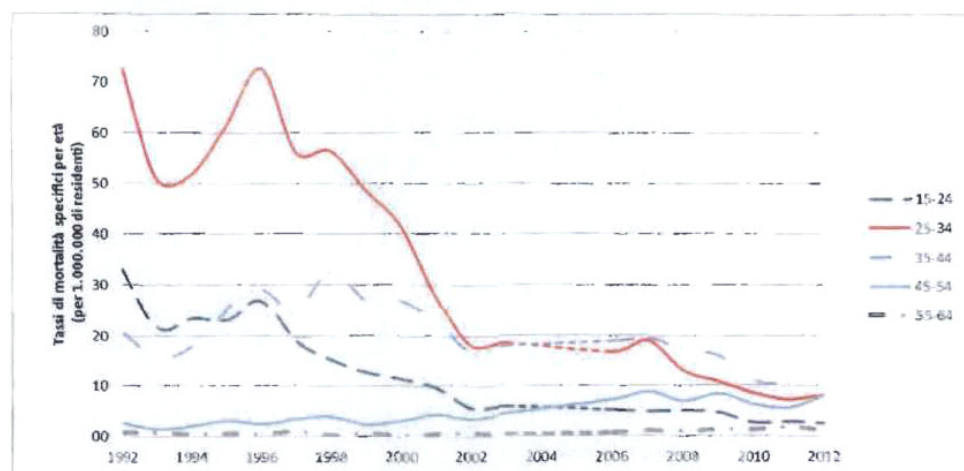
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 125: Trend della mortalità per droga in Italia, per sesso e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



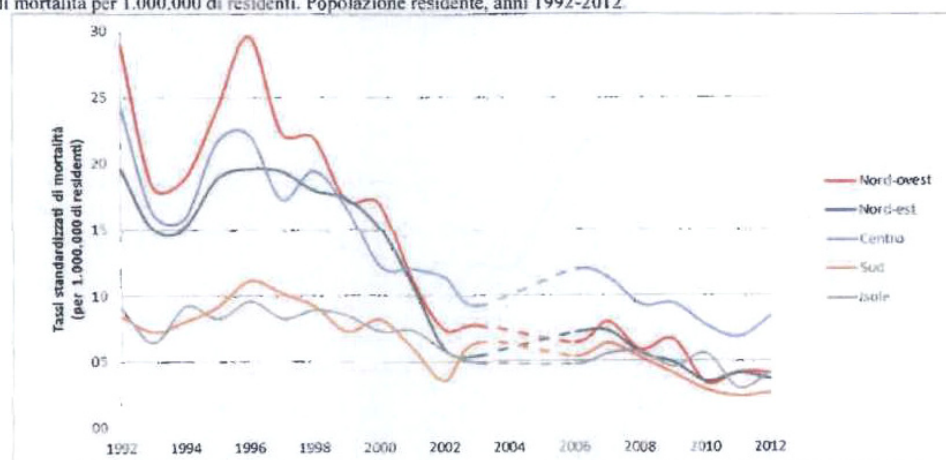
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 126: Trend della mortalità per droga in Italia, per età e anno di decesso. Tassi di mortalità specifici per età, per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 127: Trend della mortalità per droga in Italia, per ripartizione di residenza e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Nella Tabella 82 è mostrato il confronto tra i livelli di mortalità droga-indotta misurati con riferimento alla causa iniziale di morte e alle cause multiple di morte⁶¹, ovvero a tutte le condizioni

⁶¹ La causa iniziale è definita dall'OMS (Classificazione Internazionale delle Malattie, 2000) come (a) la malattia o il traumatismo che avvia il concatenamento degli eventi morbosi che conduce direttamente alla morte, o (b) l'insieme delle circostanze dell'accidente o

droga-correlate menzionate nelle schede di morte, anche se non selezionate come cause iniziali. Questo consente di individuare quei decessi per i quali la condizione di tossicodipendenza o l'abuso di sostanze psicotrope non sono causa scatenante la morte e che pertanto non sarebbero classificati come droga-correlati considerando la sola causa iniziale.

Nel triennio 2010-2012 nella fascia di età 15-64 anni il numero totale di certificati con menzione di uso di droghe o avvelenamento è pari a 1.301, ovvero l'80% in più rispetto al numero basato sulla sola causa iniziale di morte (729 casi). Il rapporto multiple su iniziale differisce in base all'età e mostra valori più elevati per i gruppi di età più avanzata (da 1,2 per 15-24 anni si arriva a 3,2 per 55 anni e più).

Come osservato per la causa iniziale di morte anche le menzioni delle cause droga-correlate differiscono per genere e sono circa 6 volte maggiori negli uomini che nelle donne: il tasso standardizzato è, rispettivamente, 19 e 3,1 per 1.000.000 di abitanti (Figura 128), con differenze non significative nel rapporto multiple su iniziale (1,8 nei maschi e 1,6 nelle femmine).

della violenza che hanno provocato la lesione traumatica mortale. La causa iniziale è quella che normalmente compare nelle statistiche ufficiali di mortalità. Tuttavia sui certificati di morte, i medici certificatori riportano generalmente anche altre condizioni che hanno avuto un ruolo nel causare il decesso ma che non sono cause iniziali (cause associate). L'analisi delle cause multiple consente di tenere conto oltre che della causa iniziale di morte, anche delle cause associate.

Relazione Annuale al Parlamento 2015

358

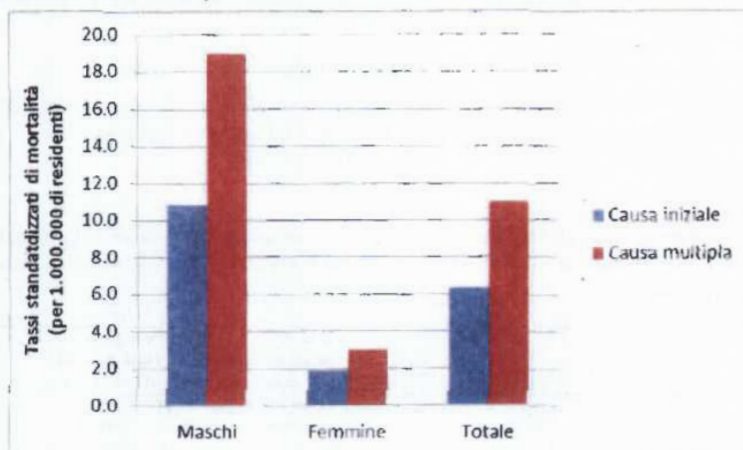
Tabella 82: Mortalità droga-correlata in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso e classe di età. Numero assoluto e tassi grezzi (per 1.000.000 di residenti). Popolazione residente di 15-64 anni, triennio 2010-2012 (a).

Età	Causa iniziale		Causa multipla		Rapporto multipla/iniziale
	Decessi	Tasso grezzo	Decessi	Tasso grezzo	
Maschi					
15-24	36	4,03	45	5,04	1,3
25-34	153	14,47	197	18,64	1,3
35-44	259	18,79	420	30,48	1,6
45-54	147	11,47	374	29,19	2,5
55-64	20	1,88	79	7,44	4,0
Tot (15-64)	615	10,84	1.115	19,66	1,8
Femmine					
15-24	11	1,29	12	1,41	1,1
25-34	20	1,89	24	2,27	1,2
35-44	43	3,09	65	4,67	1,5
45-54	28	2,11	63	4,75	2,3
55-64	12	1,06	22	1,94	1,8
Tot (15-64)	114	1,98	186	3,23	1,6
Totale					
15-24	47	2,69	57	3,27	1,2
25-34	173	8,19	221	10,46	1,3
35-44	302	10,91	485	17,52	1,6
45-54	175	6,71	437	16,76	2,5
55-64	32	1,46	101	4,60	3,2
Tot (15-64)	729	6,38	1.301	11,39	1,8

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

(a) I deceduti in Trentino Alto Adige sono stati esclusi dall'analisi poiché i dati delle cause multiple di questo territorio non sono disponibili per tutto il triennio di osservazione

Figura 128: Mortalità per droga in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente di età 15-64 anni, nel triennio 2010-2012.



Fonte: Istat, *Indagine sui decessi e le cause di morte*

L'approccio delle cause multiple di morte consente di analizzare il quadro patologico dei decessi degli utilizzatori di droghe che costituisce un gruppo di popolazione generalmente caratterizzato da un contesto morboso complesso.

Nella Tabella 83 sono riportati i risultati dell'analisi delle condizioni associate alle cause droga-correlate⁶². Il gruppo più fortemente associato con queste cause è quello dei disturbi psichici e comportamentali (Icd-10: F01-F99); in particolare, i disturbi dovuti all'uso di alcol che mediamente sono presenti nei decessi droga-correlati 21,4 (misura di associazione) volte di più rispetto agli altri decessi.

Rilevante è anche il gruppo delle malattie infettive e parassitarie (Icd-10: A00-B99) che è associato ai decessi droga-correlati 3,5 volte di più rispetto agli altri decessi e che è presente in circa il 27% dei certificati di questo gruppo. Tra queste malattie spicca l'epatite virale cronica (Icd10: B18, con misura di associazione pari a 10,3) e con la malattia da HIV (Icd10: B24, con associazione pari a 5).

Un altro gruppo di malattie che risulta fortemente associato con le cause droga-correlate è costituito dalle malattie dell'apparato digerente che compaiono mediamente il doppio delle volte rispetto agli altri certificati. Tra queste cause le associazioni più rilevanti si osservano con le malattie del fegato, specialmente l'epatite cronica (associazione pari a 14,5), confermando il legame già descritto per le epatiti virali, e l'epatopatia alcolica che ha un'associazione pari a 5.

⁶² Come misura di associazione tra cause droga-correlate e condizioni specifiche riportate nel certificato di morte, 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)

Relazione Annuale al Parlamento 2015

360

Sebbene i tumori nel complesso risultino non associati alle cause droga correlate, tra di essi il tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici fa registrare un'associazione significativa di 1,6.

Infine, le malattie del sistema circolatorio prese nell'insieme (Icd10: I00-I99) hanno una associazione positiva ma molto bassa. All'interno di questo gruppo tuttavia, le endocarditi acute e subacute (Icd10: I33) sono presenti 14 volte più frequentemente negli utilizzatori di droghe rispetto ai non utilizzatori.

Tabella 83: Misure di associazione, standardizzate per età, di alcune condizioni con le cause droga-correlate (definite in base alla selezione B dell'Emcdda) menzionate nei certificati di morte. Decessi dei residenti in Italia avvenuti nel triennio 2010-2012 in età compresa tra 15 e 64 anni.

Cause		Numero di decessi per causa menzionata tra i deceduti per cause droga-correlate	Proporzione grezza (%) di decessi per causa menzionata sul certificato di morte		ASPR	CI 95%
Codice ICD10	Descrizione		Decessi droga-correlati (N=1,301)	Altri decessi (N=212,063)		
A00-B99	Alcune malattie infettive e parassitarie	346	26,6	9,9	3,5	(3,2 - 3,7)
di cui:						
B18	Epatite virale cronica	263	20,2	2,4	10,3	(9,4 - 11,4)
B23	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre condizioni morbose	11	0,8	0,1	5,8	(3,1 - 11,0)
B20	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo a malattie infettive o parassitarie	33	2,5	0,4	5,6	(3,9 - 8,1)
B24	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] non specificata	82	6,3	1,2	5,0	(4,0 - 6,2)
B22	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre malattie specificate	17	1,3	0,3	4,2	(2,6 - 6,5)
B16	Epatite acuta B	11	0,8	0,3	2,6	(1,4 - 5,0)
B99	Altre e non specificate malattie infettive	18	1,4	0,5	2,4	(1,4 - 3,9)
A41	Altre forme di setticemia	85	6,5	6,0	1,4	(1,2 - 1,7)
C00-D48	Tumori	80	6,1	51,3	0,2	(0,2 - 0,3)
di cui:						
C22	Tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici	33	2,5	2,8	1,6	(1,2 - 2,1)
D50-D89	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	51	3,9	4,6	0,5	(0,4 - 0,8)
di cui:						
D68	Altri difetti della coagulazione	10	0,8	0,3	2,4	(1,2 - 4,8)
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	80	6,1	12,4	1,4	(1,3 - 1,6)
di cui:						
E66	Obesità	24	1,8	1,9	2,1	(1,6 - 2,8)
F01-F99	Disturbi psichici e comportamentali	229	17,6	4,2	7,3	(6,7 - 7,9)
di cui:						
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool	162	12,5	1,0	21,4	(19,1 - 24)
F32	Episodio depressivo	28	2,2	0,9	5,4	(4,2 - 6,9)
F17	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco	15	1,2	0,5	4,6	(3,2 - 6,6)
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	77	5,9	8,2	0,8	(0,6 - 0,9)
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	579	44,5	48,3	1,1	(1,1 - 1,2)
di cui:						
I33	Endocardite acuta e subacuta	14	1,1	0,1	14,0	(9,2 - 21,2)
I42	Cardiomiopatia	10	0,8	1,1	3,2	(2,4 - 4,3)
I85	Varici esofagee	31	2,4	0,7	2,3	(1,5 - 3,4)
I61	Emorragia intracerebrale	30	2,3	2,6	1,6	(1,3 - 2,1)
I51	Complicanze e descrizioni mai definite di cardiopatia	100	7,7	6,2	1,3	(1,1 - 1,6)
I50	Insufficienza cardiaca	49	3,8	4,1	1,3	(1,0 - 1,6)

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche						361
Capitolo 4 Mortalità						
I25	Cardiopatia ischemica cronica	35	2,7	6,6	1,3	(1.1 - 1.5)
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	421	32,4	24,2	1,3	(1.2 - 1.4)
di cui:						
J44	Altre pneumopatie ostruttive croniche	21	1,6	2,4	3,2	(2.7 - 3.9)
J81	Edema polmonare	216	16,6	4,2	2,2	(1.8 - 2.6)
J18	Pneumonia da microorganismo non specificato	59	4,5	3,9	1,4	(1.1 - 1.7)
K00-K92	Malattie dell'apparato digerente	331	25,4	16,0	2,0	(1.8 - 2.2)
di cui:						
K73	Epatite cronica non classificata altrove	15	1,2	0,2	14,5	(10.2 - 20.5)
K70	Epatopatia alcolica	46	3,5	1,3	5,0	(4.0 - 6.2)
K74	Fibrosi e cirrosi epatiche	214	16,4	5,1	3,6	(3.2 - 4)
K76	Altre malattie del fegato	86	6,6	2,7	2,3	(1.8 - 2.8)
K72	Insufficienza epatica non classificata altrove	89	6,8	5,1	1,4	(1.1 - 1.7)
L00-L99	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	25	1,9	0,7	4,0	(2.9 - 5.4)
N00-N99	Malattie dell'apparato genitourinario	62	4,8	8,5	0,8	(0.6 - 0.9)
R00-R99	Sintomi, segni e altre condizioni morbose mal definite	520	40,0	34,0	1,0	(0.9 - 1.1)
di cui:						
R75	Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana (HIV)	19	1,5	0,1	10,2	(6.3 - 16.5)
R09	Altri sintomi e segni che interessano gli apparati circolatorio e respiratorio	200	15,4	5,2	2,9	(2.6 - 3.3)
R18	Ascite	25	1,9	1,6	2,1	(1.5 - 2.8)
V00-Y99	Cause esterne di mortalità	552	42,4	14,0	1,8	(1.6 - 2)

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

In tabella sono riportate le proporzioni e le misure di associazione per le malattie raggruppate secondo i settori della classificazione Icd10 e per le categorie (codici a tre caratteri). Sono presentati tutti i settori Icd10 in cui ci siano stati almeno 10 casi. Per le categorie, invece, sono riportate solo quelle con almeno 10 casi e per le quali sia stato rilevato un valore significativamente positivo dell'associazione (valore inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% superiore a 1).

Bibliografia

EMCDDA – “Mortality Related to Drug Use in Europe: Public Health and Implication”. 2011.
http://www.emcdda.europa/en/publications/selected-issues/mortality

EMCDDA – “European Drug Report 2015. Trends and developments 2014”

Nunziata Barbera, Francesco Paolo Busardò, Francesca Indorato, Guido Romano. “The pathogenetic role of adulterants in 5 cases of drug addicts with a fatal outcome”. *Forensic Sci.Int.* 227 (2013) 74-76.

Francesco Grippo, Marilena Pappagallo, Alessandra Burgio, Roberta Cialesi. “Drug induced mortality: a multiple case report on Italian causes of death Register” *Epidemiology Biostatistics and Public Health* – 2015 vol. 12, Issue 1, Suppl. 1. e1-e13,

Borriello R, Carfora A, Cassandro P, Petrella R. “A five years study on drug-related deaths in Campania (Italy)” *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 2014, 50(4):328-33. DOI:10.4415/ANN_14_04_06.

DCSA – Ministero dell'Interno. Relazione Annuale relativa all'anno 2014

http://img.poliziadistato.it/docs/Annuale%202014.pdf

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche

363

Capitolo 4 Mortalità

Capitolo 5. Accertamenti lavorativi

A cura del Ministero della Salute

5.1 Dati sugli accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenze e di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro

Introduzione sul quadro legislativo in materia di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro

Le attività di indirizzo normativo e di coordinamento in tema di salute e sicurezza sul lavoro sono state affidate, a livello centrale e per le rispettive competenze, al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della Salute e, a livello territoriale, alle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Sono state inoltre ampliate le funzioni assegnate ad INAIL, cui è stato affidato un ruolo centrale nell'ambito del sistema di prevenzione, in termini di sostegno al Ministero della Salute e alle Regioni e Province Autonome per le azioni strategiche a carattere preventivo.

Una delle novità di maggior peso sotto il profilo sostanziale introdotte dal D.Lgs 81/08, rispetto al D.Lgs 626/94, ha riguardato l'evoluzione del concetto di "sorveglianza sanitaria" che, come sintetizzato nella definizione dell'articolo 2, interessa ormai l'intero ambito di tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, nei confronti dei rischi professionali, ambientali ed organizzativi, presenti nel luogo di lavoro.

La sorveglianza sanitaria, da semplice procedura di controllo per la diagnosi precoce di malattie professionali e verifica dello stato di salute, si è di fatto trasformata in un insieme di procedure a tutto campo di monitoraggio sanitario, giustificato da evidenze scientifiche e da presupposti giuridici, di fattori predisponenti eventi infortunistici e malattie professionali, che vedono al centro sia il lavoratore, in quanto individuo esposto a rischi particolari di tipo individuale, sia l'intera comunità di lavoratori, questi ultimi esposti collettivamente in un determinato contesto ambientale ed organizzativo lavorativo al rischio di malattie professionali o di infortunio.

Tale evoluzione si basa su una valorizzazione del ruolo e della funzione del medico competente, che può ritenersi un "consulente globale" per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori ed anche una sorta di sentinella avanzata, in grado di verificare sul campo gli effetti delle misure di prevenzione adottate e di individuare precocemente i fenomeni negativi, legati ai nuovi rischi professionali per la salute, in relazione all'utilizzazione di nuove tecnologie, nuovi materiali, nuovi modelli organizzativi e ritmi produttivi, che possono emergere attraverso un'attenta analisi dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

Il presente lavoro di raccolta e di prima analisi, su scala nazionale, delle informazioni relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno 2013, inviate con l'allegato 3B dai medici competenti, ai sensi dell'articolo 40 del D.Lgs 81/08, pur con i limiti statistici evidenziati nello stesso documento e la necessità di cautela nella lettura dei dati indicati, tratteggia un primo quadro di riferimento generale della popolazione di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

L'articolo 8, comma 6 del D. Lgs. 81/2008, declina i contenuti che devono comporre i flussi informativi del SINP (sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro) di cui INAIL è titolare del trattamento dei dati e garante della gestione tecnica e informatica, specificando che essi devono riguardare, tra gli altri, il "quadro dei rischi anche in un'ottica di genere" e il "quadro di salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici".

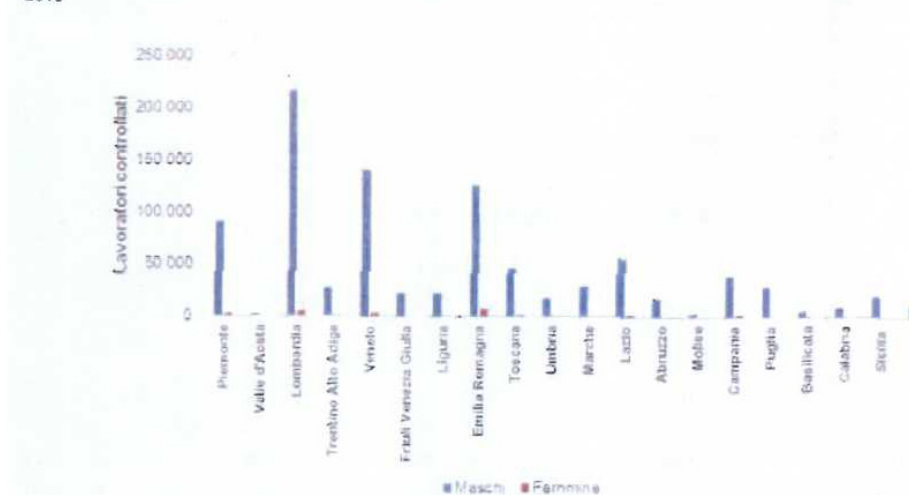
I dati aggregati contenuti nel "cruscotto di monitoraggio" del portale INAIL costituiscono oggi un patrimonio informativo di grande rilevanza per la definizione di un quadro dei rischi indispensabile ad individuare, a livello centrale, obiettivi e programmi delle politiche nazionali di prevenzione ed a indirizzare e programmare le attività di prevenzione a livello territoriale, sviluppando piani che tengano conto delle specificità dei singoli territori.

Uso di sostanze stupefacenti: lavoratori sottoposti a controllo

Il numero di lavoratori sottoposti a controllo per sostanze stupefacenti varia significativamente da regione a regione e rispetto al sesso: nella Figura 129 viene mostrata la distribuzione dei lavoratori sottoposti a controllo per l'uso di sostanze stupefacenti nel 2013.

Riguardo ai lavoratori controllati per l'uso di droghe, rileva il dato della la regione Lombardia con oltre 200.000 maschi controllati, seguita da Veneto ed Emilia Romagna con circa 130.000 maschi; in tutte le altre regioni il numero dei lavoratori maschi controllati è ampiamente al di sotto di 100.000.

Figura 129: Numero di lavoratori sottoposti a controlli per uso di sostanze stupefacenti per regione e per genere. Anno 2013



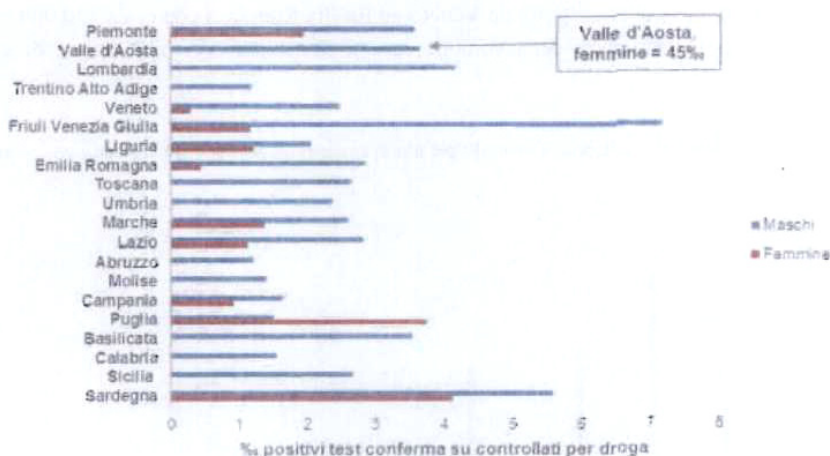
Una particolarità della distribuzione dei lavoratori sottoposti a verifiche per uso di droghe è che la quasi totalità dei controllati è di sesso maschile, essendo in questo caso la presenza femminile quasi nulla in percentuale. Tali evidenti differenze per genere riflettono la diversa distribuzione di maschi e femmine per comparto produttivo: i maschi si collocano più spesso nei comparti dove

l'uso di droghe è più monitorato perché sono più frequenti le mansioni che prevedono l'obbligo di accertamento.

Il dato forse più interessante che è possibile estrarre da questa sezione delle comunicazioni dei medici competenti è costituito dall'esito dei controlli effettuati per sostanze stupefacenti.

Preliminarmente si segnala che i controlli per l'uso di droghe si articolano in due fasi: dapprima viene somministrato un test di screening al campione di lavoratori da controllare, test che presenta un basso livello di affidabilità in caso di esito positivo, ma risulta attendibile per gli esiti negativi. Pertanto, agli individui che risultano positivi al test di screening viene somministrato un test di conferma ad alto valore predittivo. Facendo riferimento a quest'ultimo test, in Figura 130 viene mostrato il numero (moltiplicato per mille) di lavoratori positivi ai test di conferma per droghe sul totale di lavoratori controllati nel 2013, per regione e per sesso. Nel grafico non è stato proiettato il valore registrato dalle lavoratrici in Valle d'Aosta (45%), in quanto dipende dal contingente di partenza estremamente esiguo: la sua presenza rendeva tutti gli altri valori meno leggibili.

Figura 130: Lavoratori positivi ai test di conferma sul totale lavoratori soggetti a verifiche per droga (per mille), per genere e regione. Anno 2013

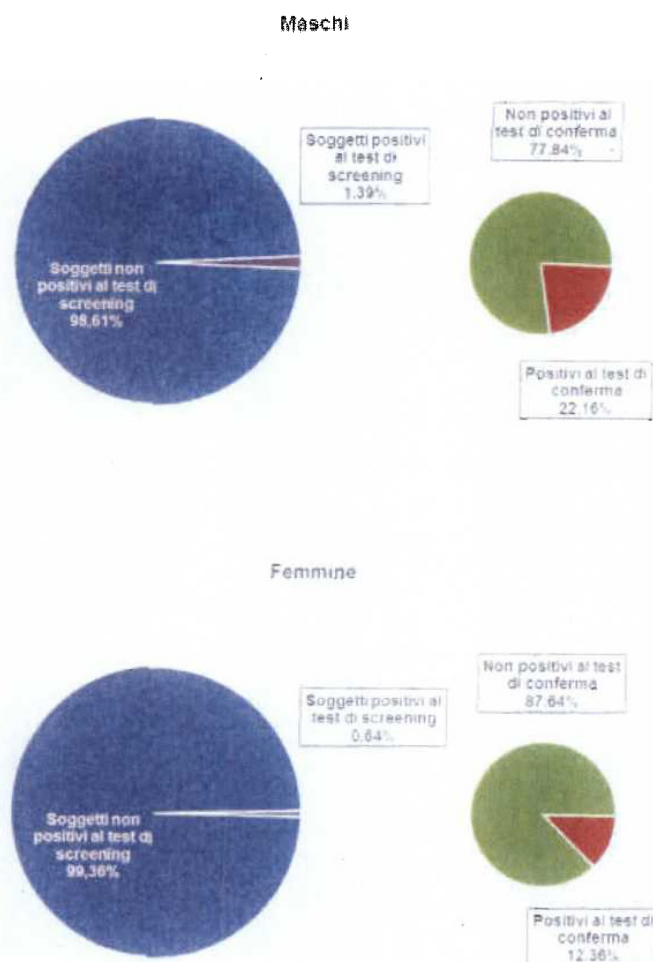


A parte questo valore anomalo, si può osservare il picco del Friuli Venezia Giulia, dove 7 lavoratori su mille controllati risultano positivi ai test di conferma per droghe, seguito da Sardegna (circa 6% per i maschi e 4% per le femmine), Lombardia, Valle d'Aosta, Piemonte, Basilicata (circa 4% per i lavoratori maschi) e Puglia (4% per le lavoratrici femmine). Tutte le altre regioni si assestano su valori inferiori al 3%.

Tornando alla distinzione tra test di screening e test di conferma, può essere utile osservare i grafici riportati in Figura 131. In tale figura si riportano, distintamente per sesso e facendo riferimento all'intero contingente nazionale riferito al 2013, le percentuali di soggetti positivi ai test di screening e, rispetto a questo insieme, le percentuali di soggetti positivi ai test di conferma. Le differenze tra i due generi sono notevoli e meritano di essere commentate. La percentuale di positivi ai test di screening del campione di lavoratori ispezionati è pari a 1,39, oltre il doppio

rispetto allo stesso dato per le lavoratrici (0,64%). Di questo sottoinsieme, nel caso dei maschi il 22,16% è risultato essere positivo agli ulteriori test di conferma, contro il 12,36% osservato nel sottoinsieme femminile.

Figura 131: Percentuale di positivi ai test di screening sui controllati per droga e percentuale di positivi ai test di conferma sul totale positivi ai test di screening a livello nazionale secondo il genere. Anno 2013



Questi risultati mettono in luce non solo le differenze rispetto al fenomeno “uso di stupefacenti” osservabili tra lavoratori di genere diverso, ma anche la bassa validità predittiva dei test di screening, specialmente per i maschi, che (stando ai dati del 2013) hanno solo il 20% di probabilità di risultare positivi ai test di conferma laddove siano risultati positivi al test di screening, probabilità che diminuisce al 12% nel caso delle lavoratrici.

