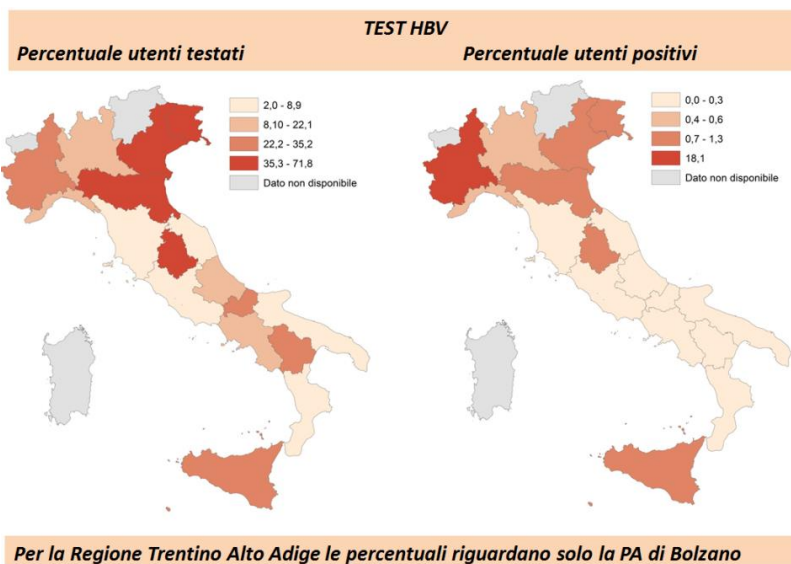


## Soggetti testati e positività al virus HBV e HCV

**Il 2% di tutti gli utenti in trattamento è risultato positivo al test HBV.**



Fonte: Ministero della Salute

Gli assistiti tossicodipendenti testati per il virus HBV nel corso dell'anno 2016 sono stati 29.118, pari al 21,2% della utenza totale, percentuale che raggiunge il 27,4% tra gli utenti che usano sostanze per via iniettiva.

Il 2,0% di tutti gli utenti trattati è risultato positivo<sup>1</sup>, mostrando un'elevata variabilità a livello territoriale, che va da un minimo di 0,0% ad un massimo di 1,3%, con una sola regione che si colloca al 18,1%.

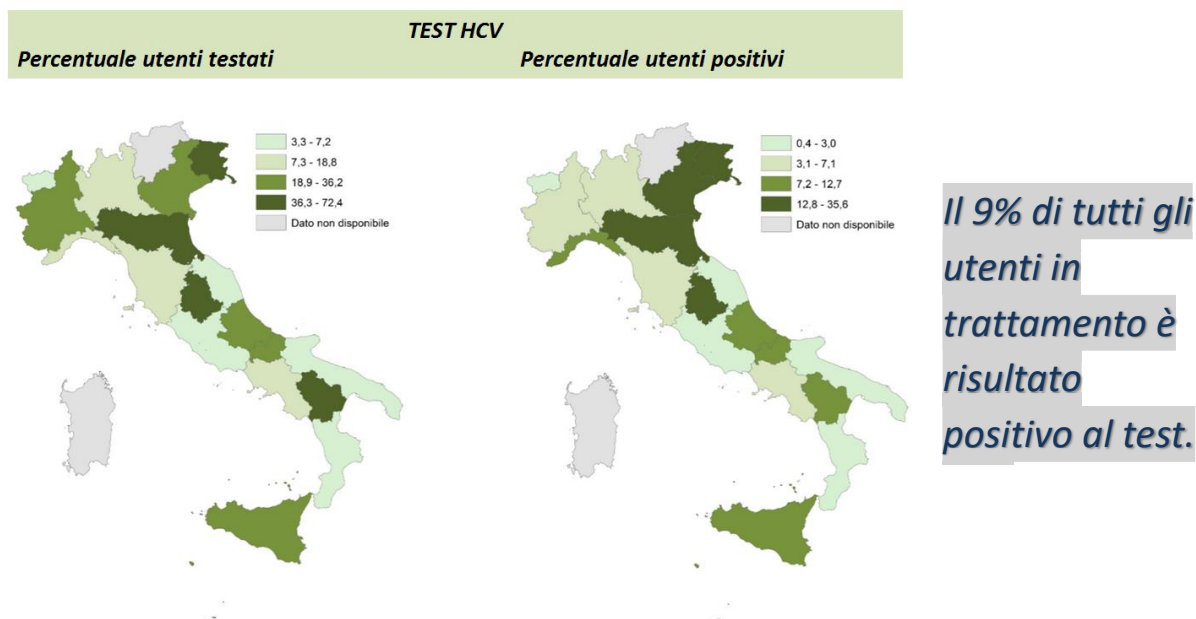
Prevalenza dell'HCV: variazione nazionale.

“L'epatite virale, in particolare l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV), mostra una prevalenza elevata tra i consumatori di droga per via parenterale in tutta Europa. Su 100 persone che hanno contratto l'HCV (positive agli anticorpi), un numero compreso tra 75 e 80 svilupperà l'infezione cronica. Ciò comporta gravi conseguenze nel lungo termine, perché l'infezione cronica da HCV, spesso aggravata dal forte consumo di alcol, sarà responsabile di un numero crescente di decessi e di casi di gravi epatopatie, compresi cirrosi e cancro, tra i consumatori di stupefacenti ad alto rischio che invecchiano.” [European Drug Report 2017, EMCDDA].

<sup>1</sup> Per utenti Positivi si intendono gli utenti che soddisfano una delle seguenti condizioni: Infetto: HbsAg Positivo; Immune: HbsAg Negativo, Anti HBS Positivo, Anti-HBc Positivo; Infezione Progressiva/Cronica: HbsAg Negativo, Anti HBS Negativo, Anti-HBc Positivo.

Sono stati testati per il virus HCV 28.197 assistiti, il 20,5% del totale dei soggetti trattati, quota che risulta pari al 27,0% tra i soggetti che usano sostanze per via iniettiva. Per il 9% degli utenti in trattamento, cioè 12.380 soggetti, il test è

risultato positivo, mostrando anche in questo caso un'importante variabilità territoriale: la proporzione di utenti positivi per il virus HCV è compresa tra lo 0,4% e il 35,6%.



**Per la Regione Trentino Alto Adige le percentuali riguardano solo la PA di Bolzano**

Fonte: Ministero della Salute

Focalizzando l'attenzione sui soggetti tossicodipendenti che usano eroina e/o cocaina per via iniettiva, si osserva che per ogni sostanza

le percentuali dei soggetti sottoposti al test per HBV e HCV, sono simili, e si aggirano intorno al 28% per eroina e al 30% per cocaina (Tab.1.1.1).

Tab 1.1.1 Numero e percentuale di utenti tossicodipendenti trattati nei SerD e testati per HBV e HCV secondo la sostanza utilizzata per via iniettiva. Anno 2016

Test	EROINA per via iniettiva			COCAINA per via iniettiva		
	Numero soggetti iniettori	Numero soggetti testati	%	Numero di soggetti iniettori	Numero soggetti testati	%
HBV	21.472	6.386	29,7	6.828	2.136	31,3
HCV	21.472	6.152	28,7	6.828	2.071	30,3

Fonte: Ministero della Salute

## Diffusione di epatiti virali acute in soggetti tossicodipendenti

*Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dall' Istituto Superiore di Sanità, Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).*

I dati raccolti attraverso il Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta - SEIEVA, evidenziano che i tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C e Delta), così come di epatite A.

Nel 2016 al SEIEVA sono stati segnalati 38 casi di epatite virale acuta in soggetti consumatori di droghe: 20 casi sono per epatite C, 10 per tipo B e 8 per tipo A. È stato notificato 1 caso di epatite E, che tra i fattori di rischio riportava un viaggio in India (area endemica per questo tipo di epatite), mentre non si sono verificati casi di epatite acuta di tipo Delta.

I casi segnalati di epatite A e B sono tutti soggetti tossicodipendenti di genere maschile, mentre sono 5 le donne segnalate per epatite acuta di tipo C.

***Nel 2016 sono stati segnalati 38 casi di epatite virale acuta in soggetti consumatori di droghe.***

Dal 1991 al 2016 in soggetti utilizzatori di droghe sono stati complessivamente segnalati 351 casi di epatite A, 1.719 di epatite B, 1.358 di epatite C e 84 per epatite Delta. Nel corso dell'ultimo ventennio è evidente il calo dei casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti, soprattutto quelli per epatite B e C.

### Il sistema di sorveglianza SEIEVA

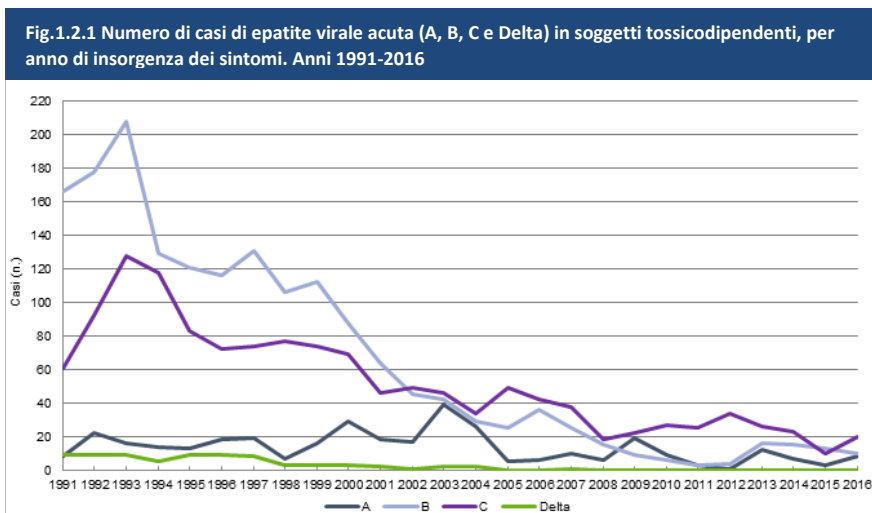
Nel quadro di epatite virale si identificano tutti quei processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari, a diversa distribuzione geografica e in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. I tipi di epatite virale più frequenti sono: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV. Per tutti i casi di epatite virale, in Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II, secondo il decreto ministeriale 15 dicembre 1990, dapprima alla Asl di competenza, e successivamente alla Regione, al Ministero della Salute e all'ISTAT. Dal 1985 è attiva una sorveglianza speciale denominata Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta - SEIEVA, coordinata dal Centro Nazionale per la Salute Globale dell'ISS, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi, come ad esempio la tossicodipendenza, consentendo sia la valutazione dell'incidenza, sia la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio. La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce il 79,9% delle ASL italiane, alle quali afferisce il 78,2% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti e la quota di popolazione sorvegliata sono in costante aumento.

Tra i soggetti tossicodipendenti, il numero di casi di epatite B è diminuito molto rapidamente nei primi 10 anni di osservazione e, dal 2002 in poi, i casi di epatite C risultano più numerosi di quelli per epatite B, plausibilmente grazie alla strategia vaccinale anti epatite B, introdotta in Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati e i dodicenni.

***Le epatiti virali acute sono in calo tra i soggetti tossicodipendenti.***

Il numero di casi di epatite A è rimasto pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici, mentre dal 2008

non si sono verificati casi per epatite Delta (fino ad allora presenti perlopiù in coinfezione con epatite B).



Fonte: ISS

La notifica annuale di nuovi casi di epatite A e B tra i tossicodipendenti, potrebbe dipendere dal fatto che il 68% di questi casi viene gestito direttamente dai SerT e che solo alcuni di questi Servizi offrono direttamente le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B, mentre i restanti demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione che non effettuano offerta attiva.

Dal 1991 al 2016 in soggetti tossicodipendenti si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A e 5 fra i casi di epatite B (nessun decesso fra i casi di epatite C e Delta). Per quanto riguarda l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,9%) rispetto a chi non assume droghe (0,05%).

Nel corso degli anni, i casi di epatite acuta hanno riguardato per la maggior parte giovani adulti, con una età più elevata tra i casi di epatite B, plausibilmente a causa dell'introduzione dell'obbligo di vaccinazione nel 1991. Come atteso in base all'epidemiologia dell'epatite virale acuta, soprattutto B e C, la maggior parte dei casi osservati in soggetti tossicodipendenti è di genere maschile.

Per quanto riguarda la cittadinanza, la percentuale di stranieri tra i casi di epatite A rispecchia la distribuzione che essi hanno nella popolazione generale: l'8% circa di immigrati regolari più un valore stimato di circa il 6% di irregolari, mentre la stessa percentuale è maggiore tra i casi di epatite B, il 27,6% dei quali sono stranieri.

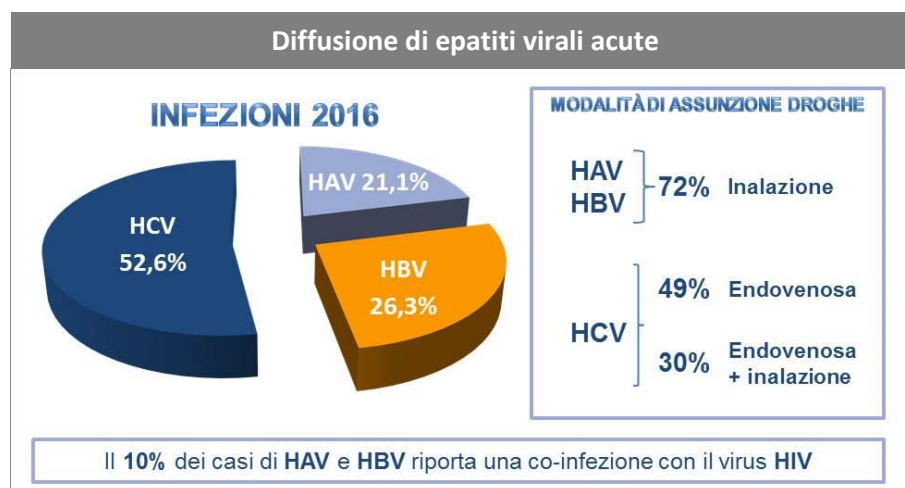
**Tab.1.2.1 Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti. Anni 2012-2016 (complessivi)**

	Epatite (%)			
	A	B	C	Totale
	n. 31 (15,4%)	n. 58 (28,7%)	n.113 (55,9%)	n.202
<b>Età</b>				
≤19	3,2	0	9,7	5,9
20-29	58,1	22,4	47,8	42,1
30-39	22,6	36,2	24,8	27,7
40-49	12,9	32,8	15,9	20,3
≥50	3,2	8,6	1,8	4
<b>Età mediana (range)</b>	28 (17-50)	39 (20-56)	27 (15-55)	31 (16-56)
<b>Genere</b>				
Maschi	83,9	89,7	72,6	79,2
Femmine	16,1	10,3	27,4	20,8
<b>Cittadinanza</b>				
Italiana	89,7	72,4	93,7	86,9
Altro	10,3	27,6	6,3	13,1

Fonte: ISS

La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C è inferiore a quella presente nella popolazione generale. La maggior parte dei casi di epatite in tossicodipendenti stranieri proviene dall’Africa (8 casi di B e 3 di C) e dall’Europa dell’Est (7 casi di B e 3 di C).

Nei sei mesi precedenti l’insorgenza dell’epatite acuta, tra i fattori di rischio da menzionare sono i casi di partner sessuali multipli, soprattutto tra i tossicodipendenti con epatite A e B.



Fonte: ISS

Tra i casi di epatite C, il 21,3% aveva un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Una percentuale rilevante di casi di epatite A e B (10%) riportava una co-infezione con il virus HIV (Tab.1.2.2).

Tab.1.2.2 Valore assoluto e percentuale dei casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti per fattori di rischio. Anni 2010-2016.

Fattore di rischio	Epatite					
	A		B		C	
	N	%	N	%	N	%
≥ 3 partner sessuali	11	50	17	37,8	11	17,2
Tatuaggio	6	19,3	4	7	12	12
Piercing	6	19,3	1	1,7	7	7,1
Convivente HBsAg+	0	0	4	10,3	1	1,5
Convivente HCV+	1	3,8	3	7,7	16	21,3
Viaggio in zona endemica per epatite A	4	12,9	0	0	0	0
Positivo per HIV	2	10	3	10,3	5	6,1

Fonte: ISS

*Nel complesso circa l’80% dei casi di epatite C acuta in soggetti tossicodipendenti riporta l’assunzione di droghe per via endovenosa.*

Dal 2013 il SEIEVA raccoglie il dettaglio sulla modalità di assunzione delle droghe: per i casi di epatite A e B si evidenzia che la principale modalità di assunzione è quella per inalazione (72% per entrambi i tipi di epatite), mentre fra i pazienti affetti da epatite C, il 49,3% assume sostanze per via endovenosa, il 20,9% per inalazione e il 29,8% per via endovenosa e inalazione.

## HIV e AIDS tra i consumatori per via iniettiva

*Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Centro Operativo AIDS e reparto di Epidemiologia del Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).*

I dati riportati, estratti dalla sorveglianza delle nuove diagnosi di HIV e AIDS, si riferiscono unicamente alle diagnosi segnalate in persone che fanno uso di sostanze per via iniettiva (IDU, Injecting Drug Users). Le segnalazioni da HIV riportate si riferiscono al numero annuo di nuove diagnosi (casi incidenti) segnalate al COA, dato che non deve essere confuso con il numero totale di IDU risultati HIV positivi (casi prevalenti) presso i SerD e segnalati al Sistema Informativo Nazionale Droghe (SIND-coordinato dal Ministero della Salute). Più precisamente, i dati del COA riportano il numero di IDU che in un anno specifico sono risultati HIV positivi per la prima volta, mentre i dati del SIND riportano il numero di tutti gli IDU afferenti ai SerD che sono risultati HIV positivi in un momento qualsiasi della loro vita, cumulando pertanto sia le nuove diagnosi HIV che le persone con un test HIV positivo negli anni precedenti. Il dato dei casi incidenti HIV riportato dal COA e quello di prevalenza HIV riportato dal SIND derivano da due sistemi che hanno obiettivi e flussi di dati diversi, i cui risultati non si possono confrontare perché esprimono misure differenti della diffusione di HIV tra gli IDU (incidenza vs prevalenza).

**Nota:** i dati presentati in questo paragrafo sono riferiti all'annualità più recente resa disponibile dall'Ente fornitore del contributo: al 2015 per le infezioni di HIV e AIDS, al 2013 per i decessi notificati al COA.

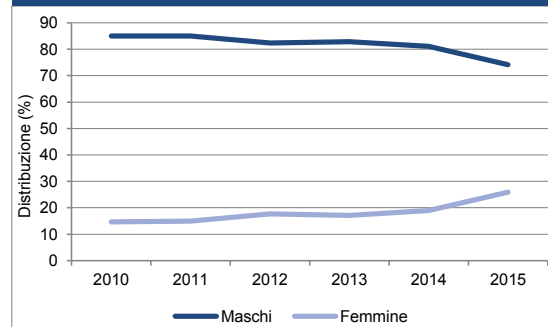
**112 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli i soggetti con uso iniettivo di sostanze.**

Le nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU.

Nell'anno 2015 sono state segnalate 112 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU: il 74,1% riguardano maschi e il 17% persone di nazionalità straniera; il 68,4% di queste ultime proviene da Paesi dell'Europa Orientale, il 26,3% dall'Africa e il 5,3% da Paesi dell'America Centrale e Meridionale.

Se in termini assoluti, dal 2010 al 2015 i nuovi casi di HIV tra gli IDU sono nel complesso diminuiti (negli anni rispettivamente 267, 187, 215, 181, 148 e 112 diagnosi), in termini percentuali è tra i soggetti del genere maschile che si evidenzia un decremento più evidente (nel 2010 costituivano l'85,3% e nel 2015 il 74,1% di tutte le nuove diagnosi), mentre tra i soggetti di genere femminile si osserva un andamento crescente, passando dal 14,7% del 2010 all'attuale 25,9% nel 2015 (Figura 1.3.1).

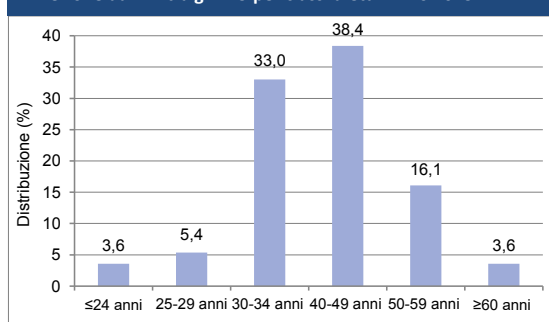
Fig.1.3.1 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU secondo il genere. Anni 2010-2015.



Fonte: ISS

L'età mediana dei soggetti IDU con nuova diagnosi HIV è di 41 anni, mostrandosi sostanzialmente stabile nel corso degli anni, l'età mediana raggiunge un massimo di 43 anni nelle donne nel 2014 (M: 41 anni). Nel 2015 il 38,4% dei nuovi casi di HIV tra gli IDU ha tra i 40 e i 49 anni e il 33% tra i 30 e i 39 anni; l'8% ha meno di 30 anni, il 16,1% tra i 50 e i 59 anni e la restante parte ha 60 anni e più. I nuovi casi HIV tra gli IDU di nazionalità straniera risultano più giovani: tra gli stranieri il 26,3% ha meno di 30 anni, il 42,1% ha tra i 30 e i 39 anni, il 26,3% tra i 40 e i 49 anni, il restante 5,3% ha 50 anni o più (contro rispettivamente il 5,4%, 31,2%, 40,8% e 22,6% dei casi di nazionalità italiana).

Fig.1.3.2 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU per classi d'età. Anno 2015



Fonte: ISS

**Il 37,5% dei nuovi casi di HIV tra gli IDU ha eseguito il test in seguito alla manifestazione di sintomi confermando la tendenza a scoprire tardivamente la sieropositività.**

Il 37,5% dei nuovi casi di HIV tra gli IDU ha eseguito il test in seguito alla manifestazione di sintomi HIV correlati, il 12,5% su proposta del SerD, l'8,0% a seguito di comportamenti sessuali a rischio, il 6,3% per ricovero ospedaliero, il 5,4% su proposta del carcere/comunità terapeutica e un'altrettanta quota durante controlli di routine. Per il 23,2% non è stato riportato il motivo del test. Rispetto alle diagnosi con indicazione del numero di linfociti CD4 (pari all'85,7% di tutte le diagnosi), che forniscono informazioni importanti sulla fase di avanzamento dell'infezione,

si rileva che tra il 2012 e il 2015 è aumentata la quota di IDU che riportano una nuova diagnosi di HIV con un livello di CD4 inferiore a 350 cell/mL (da 55,0% a 64,6%), confermando una crescente tendenza a scoprire tardivamente la sieropositività.

**“La diagnosi tardiva dell'HIV è associata a una maggiore morbilità e mortalità, oltre che a ritardi nell'avvio della terapia antiretrovirale. La politica «testare e trattare» applicata all'HIV, per cui la terapia antiretrovirale viene cominciata immediatamente dopo una diagnosi di HIV, consente una riduzione della trasmissione ed è particolarmente importante nei gruppi con comportamenti a più alto rischio, quali i consumatori di droghe iniettabili. La diagnosi precoce e l'avvio tempestivo della terapia antiretrovirale offrono alle persone infettate una normale aspettativa di vita.” [European Drug Report 2017, EMCDDA]**

#### I due sistemi di sorveglianza utilizzati

**La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV**, istituita nel 2008 (Decreto del Ministero della Salute 31/03/2008), riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta. Al Centro Operativo AIDS (COA) dell'ISS è attribuito il compito di ricevere dalle Regioni le segnalazioni dei casi, gestire e analizzare i dati, assicurando il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute. In questa Relazione vengono presentati i dati relativi agli anni 2010-2015.

**La sorveglianza dei casi di AIDS:** la raccolta sistematica dei dati sui nuovi casi di AIDS è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale. Con il decreto del 28/11/1986, Gazzetta Ufficiale n.288, 12/12/1986, l'AIDS è divenuta una malattia infettiva a notifica obbligatoria e dal 1987 al COA è stato attribuito il compito di gestire il sistema di sorveglianza, provvedendo alla raccolta e archiviazione delle schede AIDS nel Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), all'analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale. I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al 1993, quelli della definizione di caso della World Health Organization-Centers for Disease Control and Prevention (WHO-CDC) del 1987. A partire dal 1/7/1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo del WHO; questa definizione aggiunge alla lista di patologie previste nella definizione del 1987 altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina.

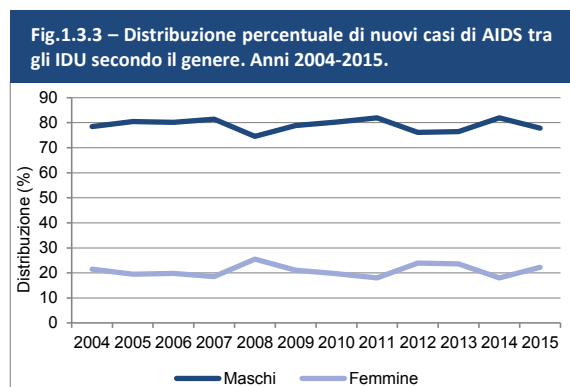
I dati relativi ad entrambi i sistemi di sorveglianza vengono permanentemente aggiornati dall'afflusso delle segnalazioni inviate al COA da tutto il territorio nazionale; tale aggiornamento permette correzioni e riallocazioni dei casi in seguito a verifiche puntuali e a integrazioni di dati mancanti o incongruenti relativi anche ad anni pregressi, al fine di rendere i risultati sempre più precisi e accurati. Queste correzioni possono determinare piccole variazioni nelle tabelle riportate di seguito se confrontate con quelle delle Relazioni al Parlamento degli anni precedenti, conseguenti alla revisione continua sia dei dati recenti che di quelli storici.

### Nuove diagnosi di infezione da AIDS tra gli IDU.

Nel corso dell'anno 2015 sono stati notificati al RNAIDS 81 nuovi casi di AIDS tra gli IDU: il 77,8% sono maschi e il 7,4% di nazionalità straniera.

Nel complesso dal 1982 al 2015 i casi di AIDS tra gli IDU segnalati sono stati 34.841, e dal 1996, anno di introduzione in Italia della terapia antiretrovirale combinata, il numero degli IDU con nuova diagnosi di AIDS è in costante declino, sia tra i maschi che tra le femmine. Nel corso degli anni la distribuzione per genere dei nuovi casi di AIDS non evidenzia sostanziali variazioni.

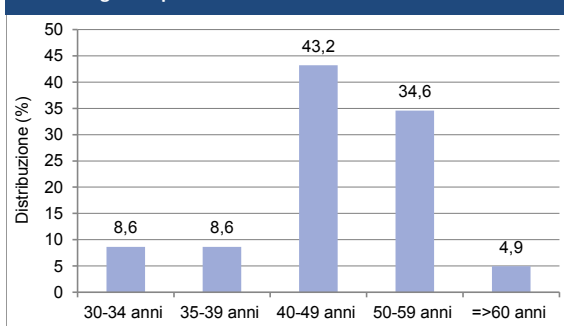
### Sono stati notificati 81 nuovi casi di AIDS tra gli IDU.



Nel 2015 l'età mediana degli IDU con nuova diagnosi di AIDS risulta pari a 49 anni per i maschi e 48 anni per le femmine, senza alcuna variazione rispetto all'anno 2014 (48 anni in entrambe le annualità); per i nuovi casi di AIDS tra gli IDU stranieri l'età mediana risulta inferiore a quella rilevata tra gli IDU di nazionalità italiana (38 vs 49 anni).

“In molti paesi i servizi specializzati di comunità e a bassa soglia stanno offrendo e ampliando le opportunità di sottoporsi a test dell'HIV allo scopo di aumentare l'adesione ai test e l'individuazione delle infezioni in fasi più precoci. Gli standard di qualità minimi dell'UE promuovono i test volontari per le malattie infettive trasmesse per via ematica presso le agenzie comunitarie, unitamente alla consulenza sui comportamenti rischiosi e all'assistenza nella gestione della malattia. Tuttavia, la stigmatizzazione ed emarginazione dei consumatori di stupefacenti rimangono barriere importanti per l'adesione ai test e al trattamento.” [European Drug Report 2017, EMCDDA]

**Fig.1.3.4 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di AIDS tra gli IDU per classi di età. Anno 2015.**



Fonte: ISS

Nel 2015 il 25,7% dei nuovi casi AIDS tra gli IDU ha ricevuto la sua prima diagnosi di positività per HIV nei 6 mesi precedenti (cosiddetti “Late testers”), suggerendo che molti soggetti arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività: se dal 2004 al 2010 le quote di questi soggetti si osservano in costante aumento, passando dal 13,6% al 30,2%, negli anni successivi risultano instabili. Nel 2015 la proporzione di *Late testers* è più elevata tra i maschi (M: 25,9%; F: 25,0%) e tra gli stranieri (80,0%; italiani: 21,7%).

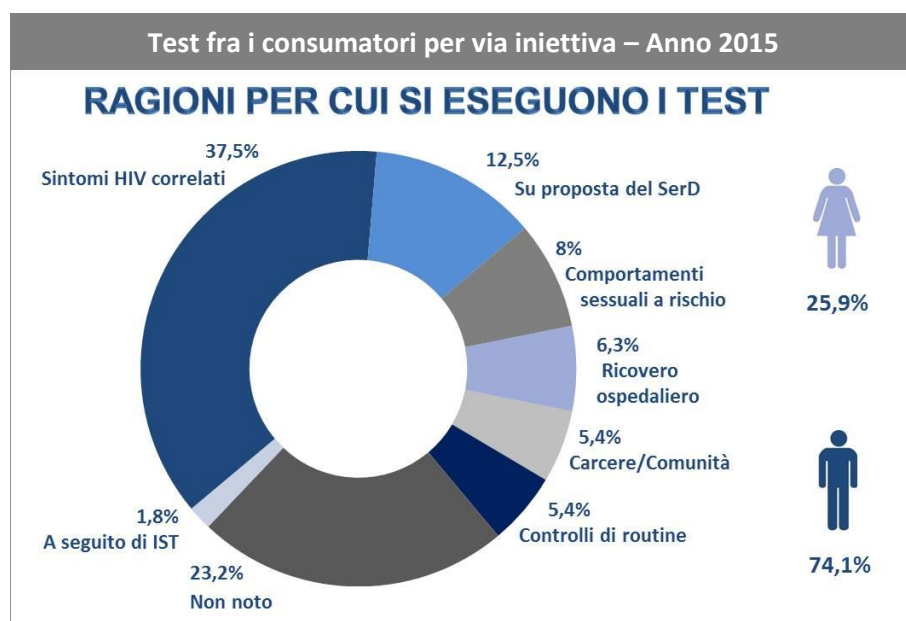
### Nel 26% dei casi, tra gli IDU, il tempo tra le diagnosi di positività per HIV e AIDS è di 6 mesi.

Nel 2015 le patologie più frequenti alla diagnosi di AIDS tra IDU sono state: la polmonite da *Pneumocystis carinii* nel 21% dei casi e la *Wasting syndrome* nel 20% dei casi.

### Mortalità AIDS tra gli IDU

La segnalazione di decesso per AIDS non è obbligatoria. Per questo motivo dal 2006 il COA, in collaborazione con l'ISTAT e con il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano – IRCCS, ha avviato uno studio per aggiornare lo stato in vita di tutte le persone incluse nel RNAIDS.

I dati dei soggetti IDU deceduti per AIDS sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di record linkage, con quelli del Registro Nazionale di Mortalità dell'ISTAT. I dati sono stati validati dal 1984 al 2013, ultimo anno disponibile nel database di mortalità dell'ISTAT.



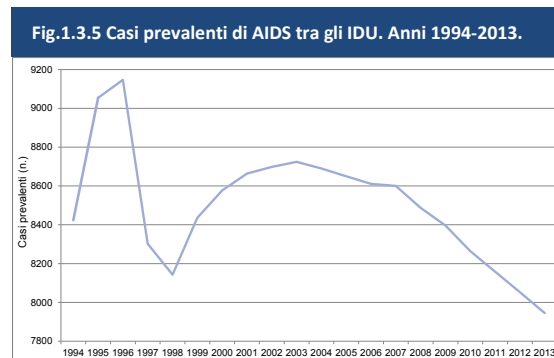
Fonte: ISS

I decessi notificati al COA dal 1984 al 2013 sono stati 26.993, evidenziando una progressiva diminuzione, passando dai 2.677 decessi del 1996 ai 289 del 2013. I decessi negli anni riguardano prevalentemente soggetti di nazionalità italiana, in media circa il 98% dei soggetti, il 97,2% nel 2013, e di genere maschile, 80% dei decessi negli anni, l'82% nel 2013.

***I 26.993 decessi notificati fra il 1984 e il 2013 sono in progressiva diminuzione.***

### I casi prevalenti di AIDS tra gli IDU.

I dati relativi all'incidenza e alla mortalità AIDS fin qui esposti evidenziano dal 2003 una diminuzione progressiva del numero dei casi prevalenti di AIDS tra gli IDU, che da 8.724 passano a 8.487 nel 2008 a 7.945 nel 2013.



Fonte: ISS

PAGINA BIANCA

## Capitolo 2

# **RICOVERI OSPEDALIERI, INCIDENTI STRADALI E MORTALITÀ**

2.1 Ricoveri ospedalieri droga correlati

2.2 Incidenti stradali droga correlati

2.3 Mortalità per intossicazione acuta

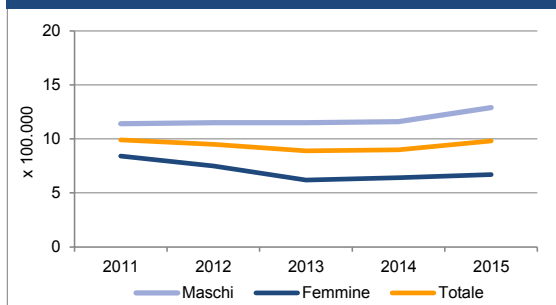
2.4 Mortalità droga correlata

## Ricoveri ospedalieri droga correlati

*Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto da ISTAT - Direzione centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia (consultabili in formato tabellare al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).*

Nel 2015<sup>2</sup> in Italia, analizzando quanto rilevato tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), sono stati 6.083 i ricoveri con diagnosi principale droga correlata, corrispondenti a 10,0 ricoveri ogni 100.000 residenti, il 64,7% dei quali riferiti a persone di genere maschile. L'andamento temporale dei tassi annuali di ospedalizzazione totali e per genere, mostra, nell'ultimo anno disponibile, un leggero incremento nel confronto con il 2014. Tale incremento si presenta in maniera più importante nel genere maschile, passando dagli 11,6 ai 12,9 ricoveri per 100.000 residenti maschi (Fig. 2.1.1).

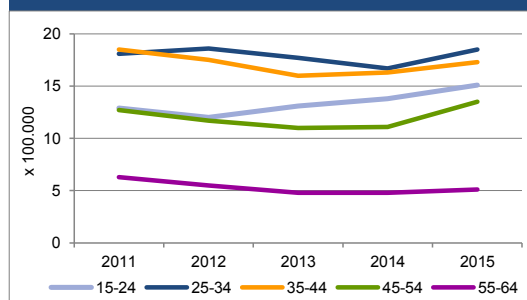
**Fig.2.1.1** Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti. Anni 2011-2015.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

Rispetto alle età, le fasce 25-34 anni e 35-44 anni sono quelle che anche per il 2015 presentano livelli di ospedalizzazione più elevati (tra i 25 e i 44 anni si concentra il 47,3% del totale dei ricoveri con diagnosi principale droga correlata) con tassi di ospedalizzazione rispettivamente pari a 18,5 e 17,3 per 100.000 residenti. L'andamento temporale dei tassi mostra, nel confronto con il 2014, un incremento dei valori più o meno marcato su tutte le fasce di età e in particolare nella fascia 45-54 anni. Si evidenzia inoltre come, a partire dal 2012, il tasso di ospedalizzazione delle fascia di età 15-24 anni sia in costante aumento, passando da 12,0 a 15,1 per 100.000 residenti (Fig. 2.1.2).

**Fig.2.1.2** Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga correlata. Tassi specifici per età per 100.000 residenti. Anni 2011-2015.

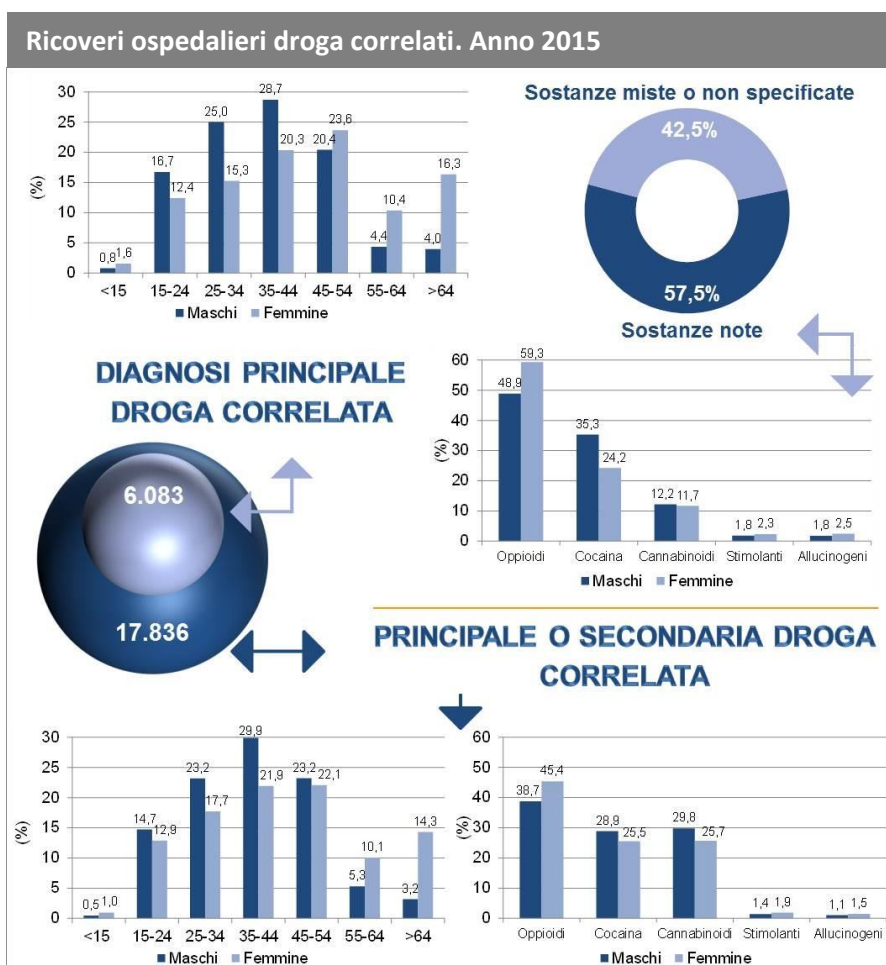


Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

### Efficientare la rilevazione dei danni correlati al consumo di droghe

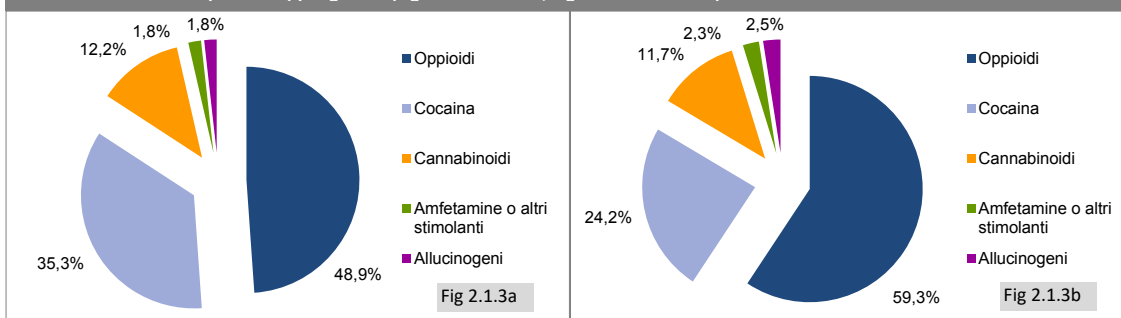
Il fenomeno dei ricoveri ospedalieri droga correlati viene monitorato da anni, sia a livello nazionale che europeo, quale indicatore dell'evenienza di problemi acuti dovuti al consumo di sostanze stupefacenti. Questo tipo di rilevazione essendo basato su un unico percorso di trattamento, incentrato tra l'altro soltanto sulla fase di acuzie, presenta a tutt'oggi molti limiti. E' noto infatti che per i soggetti tossicodipendenti i percorsi di trattamento sono spesso caratterizzati dal ricorso a servizi diversi (centri specialistici, centri di salute mentale, centri residenziali diversi dall'ospedale, etc.) e da accessi ripetuti nel tempo. Questa mole di contatti con il SSN se da un lato testimonia gli ingenti costi legati al fenomeno dipendenze, dall'altro rappresenta un capitale informativo rilevante attraverso il quale efficientare la programmazione delle politiche sanitarie in materia di dipendenze. La lettura integrata delle informazioni ricondotte al singolo soggetto, così come già accade per altre problematiche sanitarie attraverso la creazione di veri e propri fascicoli sanitari elettronici consentirebbe di profilare i bisogni dei singoli e di conseguenza di strutturare percorsi diagnostico terapeutici con un approccio riconducibile alla medicina di precisione, l'ultima frontiera della personalizzazione degli interventi.

<sup>2</sup> i dati presentati in questo paragrafo sono riferiti al 2015: annualità più recente resa disponibile dall'Ente fornitore del contributo.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

Fig.2.1.3 Distribuzione percentuale dei ricoveri con diagnosi principale droga correlata e tipo di sostanza (esclusi i ricoveri con sostanze miste o non specificate) per genere (Fig.2.1.3a: maschi, Fig.2.1.3b: femmine). Anno 2015.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

L'analisi dei ricoveri, effettuata rispetto alla sostanza legata alla diagnosi principale, risulta fortemente influenzata dall'elevata percentuale di SDO che fanno riferimento a sostanze miste o non specificate. Complessivamente, nel 2015, il 57,5% delle SDO con diagnosi principale droga correlata appartiene a questa categoria (49,7% tra i ricoverati di genere maschile e 71,7% tra le ricoverate).

Limitatamente ai ricoveri in cui la sostanza specifica è stata individuata, il 51,3% è riferibile al consumo di oppioidi, il 32,7% al consumo di cocaina, 12,1% cannabinoidi e il restante 3,9% amfetamine o allucinogeni. Tale distribuzione si differenzia nel confronto tra generi; nello specifico, tra le donne, si osserva una maggior percentuale di ricoveri imputabili al consumo di oppiacei e una minor percentuale di ricoveri imputabili al consumo di cocaina (Fig. 2.1.3a e Fig. 2.1.3b).

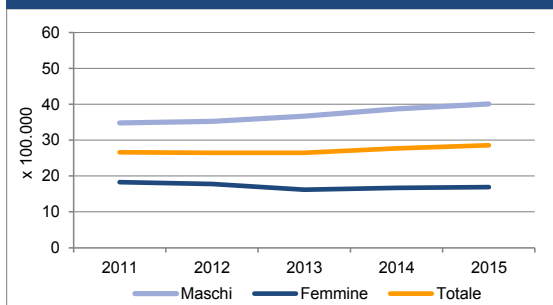
Estendendo l'analisi a tutte le diagnosi riportate nelle SDO, il numero di ricoveri aumenta notevolmente. Per il 2015 si passa infatti dai 6.083 ricoveri con diagnosi principale droga correlata ai 17.836 ricoveri con almeno una diagnosi droga correlata rilevata, corrispondenti a 28,6 ricoveri per 100.000 residenti, dei quali il 69,8% riferiti a maschi.

L'andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione mostra un lieve incremento nel totale rispetto agli ultimi tre anni, imputabile all'aumento rilevato tra gli uomini, iniziato già a partire dal 2011, che passano dai 34,8 ai 40,1 ricoveri per 100.000 residenti (Fig. 2.1.4).

Le fasce 25-34 anni e 35-44 anni, anche nell'analisi estesa, sono quelle con livelli di ospedalizzazione più elevati (tra i 25 e i 44 anni si concentra il 56,2% del totale dei ricoveri con almeno una diagnosi droga correlata) con tassi di ospedalizzazione pari a 53,5 per 100.000 residenti in entrambe le fasce di età.

Rispetto all'andamento temporale per età, si conferma anche in questo caso l'incremento più o meno importante rilevato nell'ultimo anno disponibile rispetto al 2014, così come si rileva per la fascia 15-24 anni un costante aumento del tasso di ospedalizzazione.

**Fig.2.1.4** Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti. Anni 2011-2015.

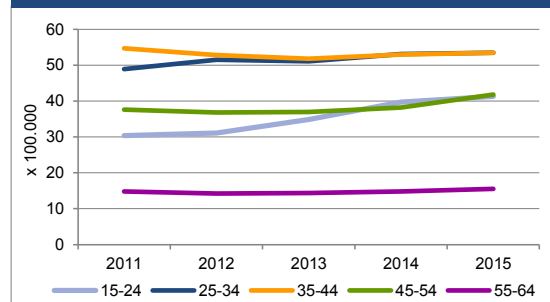


Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

In questa fascia di età si passa dai 30,4 ricoveri per 100.000 residenti del 2011 ai 41,3 ricoveri per 100.000 residenti del 2015 (Fig. 2.1.5).

Anche estendendo a tutte le diagnosi presenti nelle SDO, l'analisi per sostanza laddove specificata, risulta che su 100 dimissioni in cui è stata specificata almeno una sostanza, il 40,2% è riferibile al consumo di oppioidi, il 28,2% al consumo di cocaina, 28,9% cannabinoidi e il restante 2,7% amfetamine o allucinogeni. Tale distribuzione non si differenzia in maniera sostanziale nel confronto tra i generi se non per una lieve differenza tra le percentuali di ricoveri con diagnosi legata al consumo di oppioidi (38,7% tra gli uomini, 45,4% tra le donne).

**Fig.2.1.5** Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga correlata. Tassi specifici per età per 100.000 residenti. Anni 2011-2015.

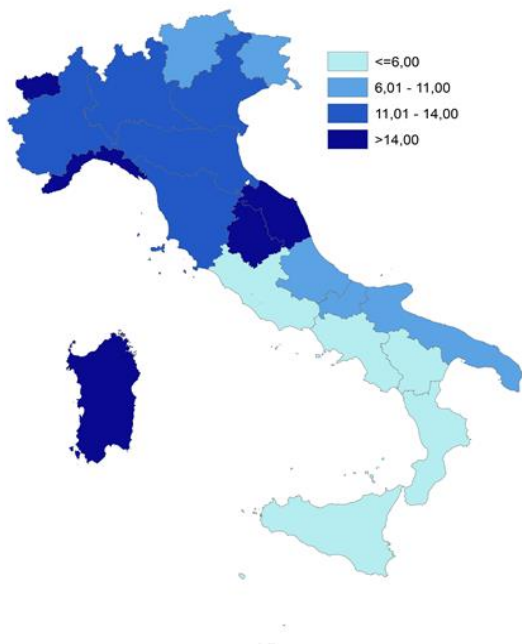


Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

Distribuzione territoriale

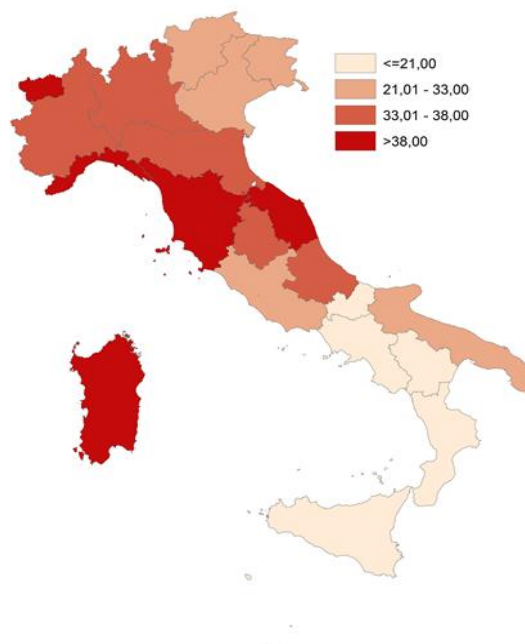
La distribuzione territoriale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga correlata mostra come i valori maggiori, unitamente alla Sardegna, si ritrovino nelle regioni centro settentrionali. Di interesse la fascia centro meridionale che dal Lazio arriva fino alla Sicilia in cui si collocano le regioni con i valori più bassi dei tassi di ospedalizzazione (Fig. 2.1.6). Il medesimo andamento del fenomeno si rileva analizzando la distribuzione territoriale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga correlata (Fig. 2.1.7).

Fig.2.1.6 Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti. Anno 2015.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

Fig.2.1.7 Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti. Anno 2015.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

## Incidenti stradali droga correlati

*Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto da ISTAT - Direzione centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).*

Il Dipartimento Politiche Antidroga e il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno, con il Protocollo di Intesa siglato in data 23 Dicembre 2015 e relativo Accordo Esecutivo del 7 Aprile 2016, hanno attivato il progetto "La prevenzione dell'incidentalità stradale alcol/droga correlata". L'iniziativa, estesa anche all'Arma dei Carabinieri e al Corpo della Guardia di Finanza, attraverso un nuovo accordo del Dicembre 2016, ha l'obiettivo complessivo di ridurre l'incidentalità stradale alcol-droga correlata, incrementando i controlli delle forze dell'ordine.

La rilevazione degli incidenti stradali che hanno causato lesioni alle persone (morti entro 30 giorni o feriti), verbalizzati da un'autorità di polizia e verificatisi sul territorio nazionale, condotta dall'Istat con la compartecipazione dell'Automobile Club d'Italia (ACI) e delle Regioni aderenti al Protocollo di intesa, riguarda anche le cause presunte di incidente stradale (limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti), tra le quali l'alterazione dello stato psico-fisico del conducente o del pedone per ebbrezza alcolica e/o assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope. A causa dell'esiguo numero di casi pervenuti dagli Organi di rilevazione a seguito di tale circostanza, a partire dal 2009, l'Istat ha scelto di sospendere la diffusione dei dati sugli incidenti stradali dettagliati per tali circostanze. Ad oggi la compilazione di tale informazione risulta non esaustiva e conduce a valori del dato discrepanti se comparati con dati diffusi da organismi internazionali o indagini demoscopiche sui comportamenti a rischio dei conducenti, condotte sulla popolazione a livello nazionale (Rapporti Istan 11/04 Scafato E. et al. 2011

[www.iss.it/binary/publ/cont/11\\_4\\_web.pdf](http://www.iss.it/binary/publ/cont/11_4_web.pdf)).

Dato che la rilevazione Istat degli incidenti presenta ancora alcuni gap di informazione e difficoltà nel reperimento dei dati relativi agli incidenti stradali per eventi droga e alcol correlati. Sono state quindi considerate le informazioni sui procedimenti penali definiti dalle Procure della Repubblica e le informazioni sulle violazioni al codice della strada fornite da Carabinieri e Polizia Stradale. In via sperimentale, inoltre, è stata richiesta l'informazione sulle violazioni al Codice della Strada per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e alcol, contestate in occasione di incidente stradale.

**Nota: i dati presentati in questo paragrafo sono riferiti al 2015, annualità più recente resa disponibile dall'Ente fornitore del contributo.**

Nel 2015 si sono verificati 174.539 incidenti stradali con lesioni a persone che hanno provocato la morte di 3.428 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 246.920. Rispetto al 2014, su 219.424 cause accertate o presunte, corrispondenti ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente, il 94,6% delle cause accertate o presunte di incidente stradale (limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti) è dovuto al comportamento scorretto del conducente e del pedone, principalmente per guida distratta, mancato rispetto delle regole di precedenza o velocità troppo elevata, mentre il 5,4% per altre cause, tra le quali l'alterazione dello stato psico-fisico e difetti o avarie del veicolo.

**4.518 le contravvenzioni per guida sotto effetto di sostanze stupefacenti.**

### Controlli e dotazioni

Il numero di controlli mirati alla rilevazione di comportamenti scorretti, in particolare legati alla guida in stato di ebbrezza, dipende anche dalle dotazioni di etilometri e precursori a disposizione delle Forze dell'Ordine: le Polizie Locali dei Comuni capoluogo di provincia, rispondenti per la rilevazione condotta dall'ACI, riportano di aver avuto a disposizione 321 etilometri (29,6% al Nord Est, 27,8% a Nord Ovest, 26,2% al Centro e 16,4% al Sud e Isole) e 847 precursori per la rilevazione delle sostanze stupefacenti (17,8% al Nord Est, 35,9% a Nord Ovest, 23,3% al Centro e 23,0% al Sud e Isole).