La quota di stranieri è pari al 4.9 % vs. 6.7 dell'anno precedente. La distribuzione per età (Tabella 101) è rimasta sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente: nel 2015 l'età media dei 305 deceduti è pari a 39.3 anni con un minimo di 16 anni e un massimo di 60; il 25% ha meno di 33 anni , mentre l'età mediana è pari a 39 anni e il restante 25% supera i 46 anni. L'età media era di 36,2 anni per le femmine, di 39,8 anni per i maschi.

Nel 2014, 39.7 anni (16-66) era l'età media dei 313 deceduti, (Q1 =33 anni, Mediana =41 anni, Q3=47 anni).

Tabella 101 Decessi droga-indotti per classe di età e sesso. Italia, anni 2010-2015

Fasce di età	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
15-19	-	6	3	9	3	10	1	7	-	4	2	5
20-24	5	28	3	25	4	23	3	20	3	16	4	12
25-29	8	49	3	39	7	39	10	35	2	24	8	15
30-34	5	54	12	53	8	56	-	44	5	36	6	33
35-39	9	76	5	59	4	80	10	48	1	48	7	64
>40	15	119	22	132	21	138	12	159	8	166	15	134
Totale	42	332	48	317	47	346	36	313	19	294	42	263
	374		365		393		349		313		305	

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

Nel 93,1 % dei casi si osserva una coincidenza tra provincia di residenza (compresi gli stranieri che risiedono in Italia) e provincia 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 2015 prevale ancora l'eroina nel 33.1% dei casi (n=101), segue la cocaina con 37 decessi (12.1%), il metadone con 3 casi (1.0%), l'amfetamina con 2 casi (0.7%). Nei rimanenti 158 decessi, cioè nel 51.8% (era il 45.4% nel 2014), non è stato possibile determinare la sostanza (**Figura 96**).

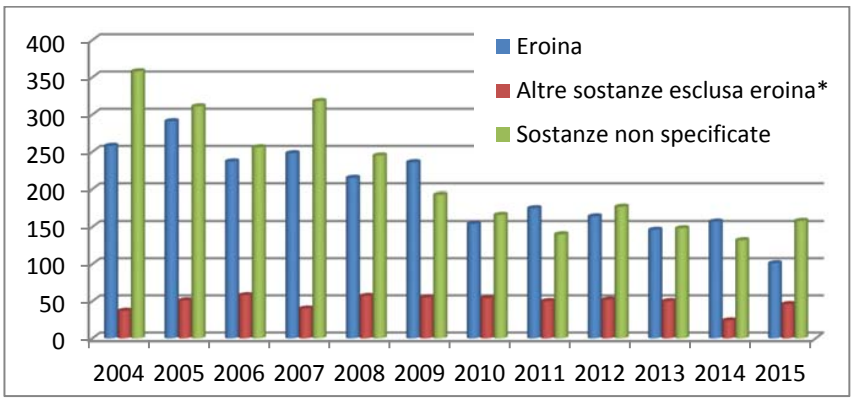

Figura 96 Decessi indotti per gruppi di sostanza. Italia, anni 2004-2015

Fonte: Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno
** Amfetamina, barbiturici, cocaina, hashish, MDMA, metadone*

Nel 2015 si registra una riduzione del numero di decessi per eroina a cui si accompagna un aumento di decessi per altre sostanze escluse eroina Il numero di decessi causati da sostanze non

precisate è particolarmente elevato (il 51,8 % in aumento rispetto al 2014) facendo ipotizzare che alcune intossicazioni fatali potrebbero essere state indotte da sostanze difficili da identificare su base circostanziale oppure a poliassunzioni. É 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 rappresenta un significativo ostacolo nel monitorare il trend dei decessi droga indotti.

Nella Tabella 102si presenta la distribuzione dei decessi per tipo di sostanza e due ampie classi di età, meno di 35 anni e 35 anni e più; al netto delle sostanze imprecisate, le differenze tra i due gruppi forniscono indicazioni di interesse per interventi di prevenzione: l'eroina è la sostanza maggiorante utilizzata in entrambe le classi di età ma con un incidenza maggiore tra gli over 35.

Tabella 102 Distribuzione percentuale dei decessi droga-indotti per classi di età a tipo di sostanza. Italia 2015

	Per tipo di sostanza (%)			**Per tipo di sostanza, escluse sostanze imprecisate (%)**	
	<35	>=35		<35	>=35
Amfetamina	1.2	0.5		2.3	1.0
Barbiturici	1.2	0.5		2.3	1.0
Cocaina	18.8	9.5		37.2	20.2
Eroina	24.7	36.4		48.8	76.9
Hashish	1.2	0.0		2.3	0.0
M.D.M.A.	1.2	0.0		2.3	0.0
Metadone	2.4	0.5		4.7	1.0
Imprecisata	49.4	52.7			
Totale casi	85	220		43	104

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

Il 59.3% dei deceduti è stato rinvenuto nell'abitazione (65.9% delle donne), il 4.6% in ospedale (4.9% tra le donne), sulla strada il 9.5% dei casi.

Situazione regionale

Nel 2015 le regioni più colpite in senso assoluto sono state l'Emilia Romagna con 41 casi, seguita, dalla Campania con 37 e dal Lazio e Toscana con 33 e dal Piemonte con 32, mentre in Valle d'Aosta e Molise non si sono registrati casi di decesso per uso di droga.

Rispetto al 2014 sono stati registrati aumenti consistenti dei decessi riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti in Basilicata (+200%), in Campania (+117,65%), in Sicilia (+100%) e in Lombardia (+56,25%).

Escludendo Valle d'Aosta e Molise dove non si sono verificati casi di decesso da abuso di sostanze stupefacenti, i cali più vistosi, in percentuale, in Puglia (-85,71%), in Abruzzo (-62,50%), in Umbria e Liguria (-47,06%).

Prendendo in esame le macroaree i decessi rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture nel 2015 risultano distribuiti per il 43,28% al Nord, per il 30,82% al Centro e per il 25,90% al Sud e Isole.

Nella Figura 97 che segue è indicata la distribuzione regionale dei decessi avvenuti nel 2015.

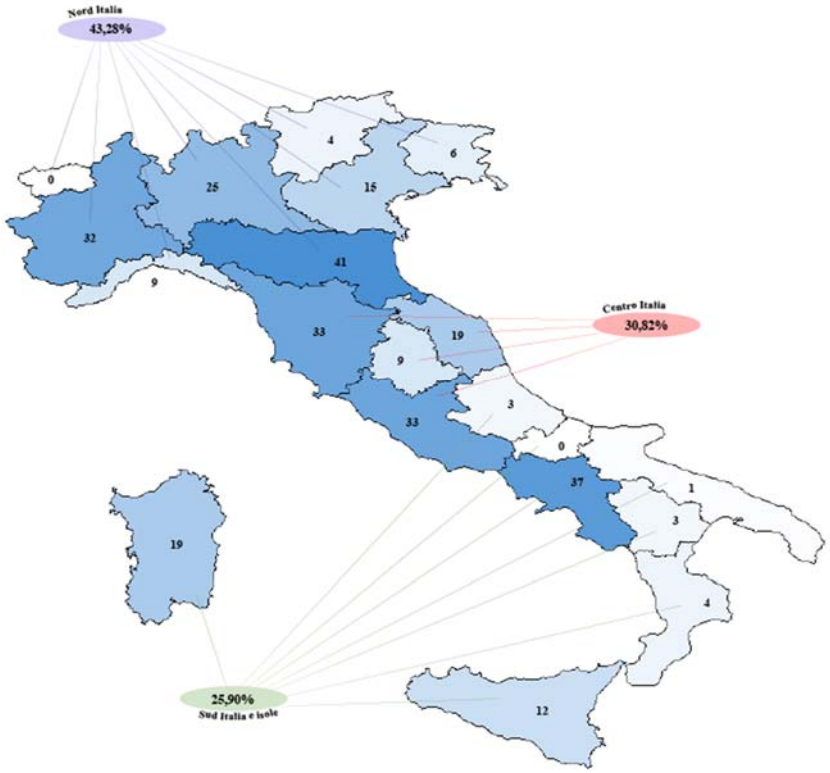

Figura 97

Negli ultimi dieci anni la regione più colpita in senso assoluto è stata il Lazio con 674 decessi, seguita da Campania con 607, Emilia Romagna con 369 e Toscana con 332, mentre fra quelle meno colpite si confermano la Valle d'Aosta con 11 decessi, il Molise con 19 e la Basilicata con 27.

Nella tabella che segue è indicata la distribuzione regionale dei decessi avvenuti negli ultimi dieci anni, mentre il grafico successivo riporta, sempre a livello regionale, i decessi verificatisi nel 2015.

Decessi distribuzione regionale - andamento decennale

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Abruzzo	10	10	20	8	8	7	6	10	8	3
Basilicata	7	1	6	3	1	3	1	1	1	3
Calabria	8	11	7	13	7	5	2	1	3	4
Campania	87	112	71	71	51	61	69	31	17	37
Emilia Romagna	51	47	40	28	20	33	38	34	37	41
Friuli Venezia Giulia	12	8	13	5	9	12	7	1	5	6
Lazio	106	105	87	87	72	41	51	57	35	33
Liguria	23	15	17	17	8	9	7	18	17	9
Lombardia	41	55	38	39	33	20	24	18	16	25
Marche	21	25	19	17	23	13	26	24	19	19
Molise	2	1	3	5	4	2	1		1	-
Piemonte	34	19	29	50	21	39	23	27	33	32
Puglia	18	19	20	17	8	5	3	5	7	1
Sardegna	15	19	17	21	15	13	20	23	21	19
Sicilia	17	21	31	22	25	12	18	19	6	12
Toscana	33	40	34	30	22	28	43	32	37	33
Trentino Alto Adige	4	9	2	2	2	5	3	6	4	4
Umbria	26	38	26	17	28	27	25	19	17	9
Valle d'Aosta		1	1	1	2	1		2	3	-
Veneto	34	49	35	30	15	27	25	20	26	15
Italia	549	605	516	483	374	363	392	348	313	305
Totale Italiani deceduti all'Estero	2	1	1	1	0	2	1	1	0	0
Generale	551	606	517	484	374	365	393	349	313	305

Decessi - distribuzione regionale 2015

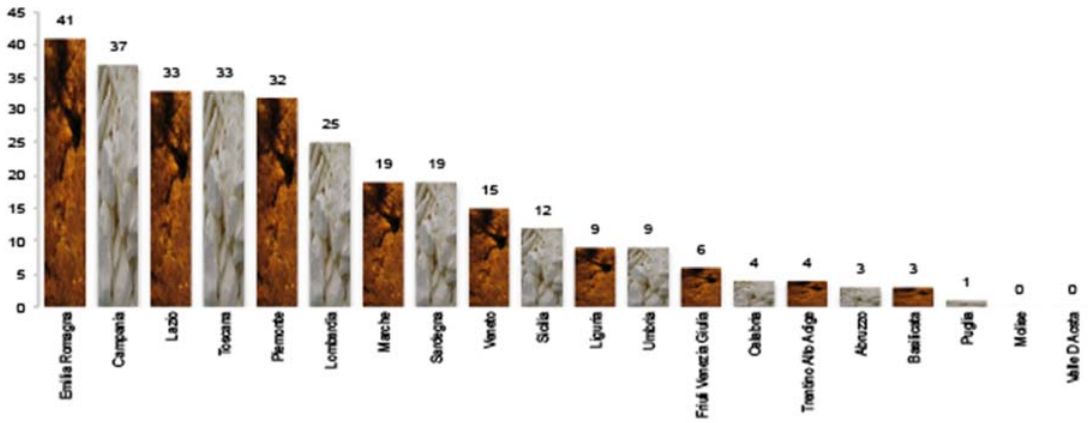

Figura 98

Situazione provinciale

Nel 2015, il numero maggiore dei decessi per droga è stato registrato nelle province di Bologna (22), Torino e Napoli (21), Roma (20), Sassari e Firenze (12), che da sole rappresentano il 35,41% del totale dei decessi rilevati a livello nazionale. In 27 province non si sono registrati casi di decesso per abuso di stupefacenti.

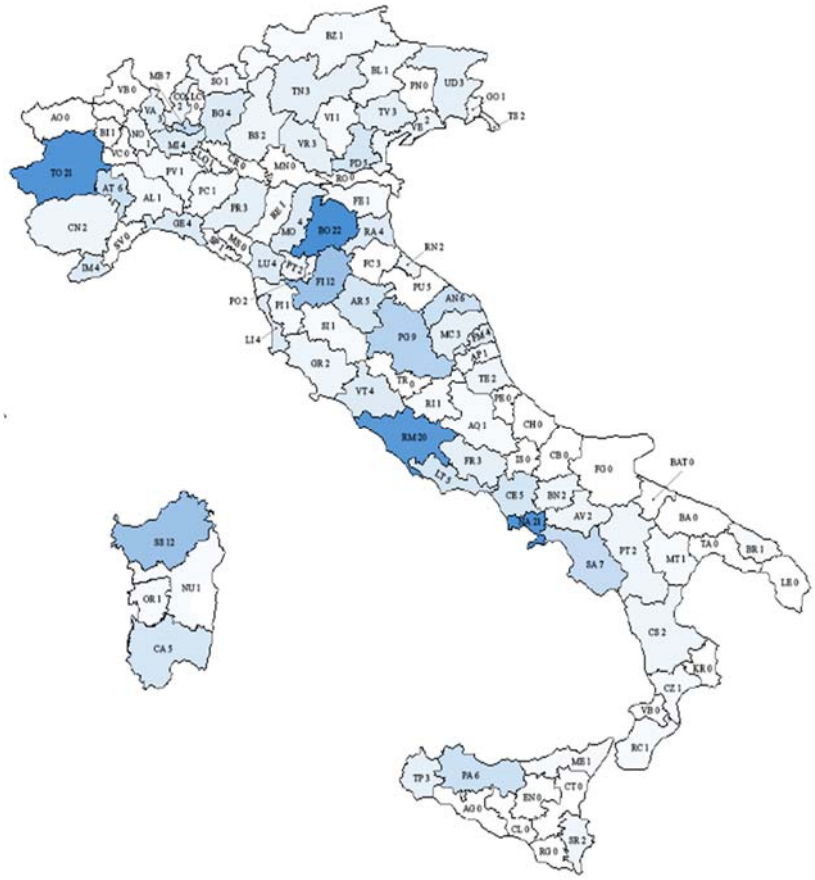

Figura 99

4.2 Mortalità indotta per cause droga correlate

Le analisi presentate in questo paragrafo si basano sul Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT anche noto come Rilevazione sulla cause di morte. Il Registro rappresenta la fonte principale di informazioni epidemiologiche per il Paese, in quanto include tutti i decessi che si sono verificati sull'intero territorio nazionale, registrandone le informazioni mediche contenute nei certificati di morte. La possibilità di considerare tutte le patologie e le condizioni indicate su tale certificato completa ed arricchisce il quadro presentato in base ai dati di polizia del precedente paragrafo.

La Figura 100 mostra il trend del numero assoluto di decessi droga-indotti registrati in Italia nel periodo 1980-2013. Il numero di decessi per questa causa aumenta fino al 1991 con 1.277 casi. Dopo questo picco si assiste a un trend decrescente fino al 2011 seguito da un lieve aumento nel 2012 e da una nuova riduzione nel 2013, anno in cui si osservano 244 casi. Eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione mediante il calcolo dei tassi standardizzati di mortalità[66], nel periodo 1992-2013 per la popolazione residente (Figura 101), 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 2013 con un valore del tasso di 3.8 decessi 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 2013 il rischio degli uomini è ancora circa 6 volte più elevato di quello femminile (6,6 versus 1,0). A partire dal 2006 la classe di età con i tassi di mortalità droga-indotta più elevati (Figura 102)è quella di 35-44 anni (nel 2013 il valore del tasso è di 10,1 per 1.000.000 di residenti), mentre fino al 2003 la classe di età più a rischio era quella dei giovani di 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 2013 un livello pari a 5,2 per 1.000.000 di residenti. Nel periodo considerato si osserva un calo dei livelli di mortalità per il gruppo d'età 15-24 anni (il tasso passa da 33,1 decessi per 1.000.000 di abitanti del 1992 a 2,9 nel 2013). Tuttavia dal 2010 il tasso è rimasto su valori pressoché stabili oscillando tra 2,5 e 2,9 decessi per 1.000.000 di residenti. In contrasto con il comportamento degli altri gruppi di età, nel periodo 1992-2013 le persone di età 45-54 anni hanno sperimentato un incremento nella mortalità droga-indotta seppure, negli ultimi anni, con livelli oscillanti. Nel 2013 si è osservato un livello di 6,4 per 1.000.000, in calo rispetto a quello dell'anno precedente (8.1). Tutti i cambiamenti descritti 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 105). 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 tra loro e nel loro complesso più bassi di quelli del Centro. Nel 2013 i tassi di mortalità in queste macro aree variano tra 1,8 per 1.000.000 di abitanti nel Sud e 4,6 nel Nord-Ovest, mentre il Centro mostra valori più elevati (6,4) sebbene la tendenza all'aumento osservata nel 2012 abbia subito un'inversione nell'ultimo anno.

[66] 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.

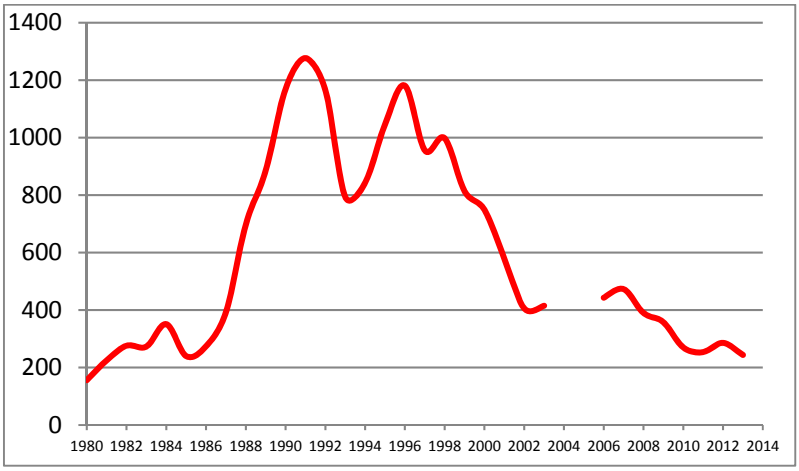

Figura 103 Trend della mortalità per droga in Italia, per anno di decesso. Numero assoluto di decessi. Popolazione presente, anni 1980-2013

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

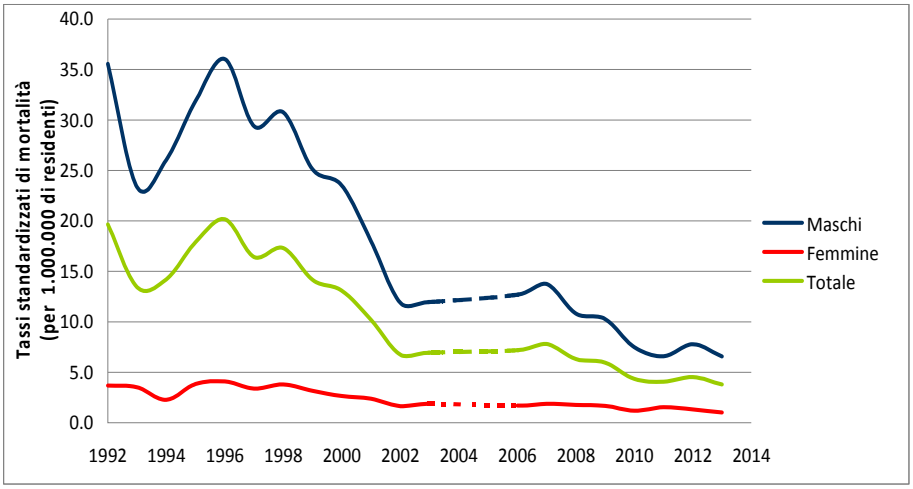

Figura 104 Trend della mortalità per droga in Italia, per sesso e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2013.

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

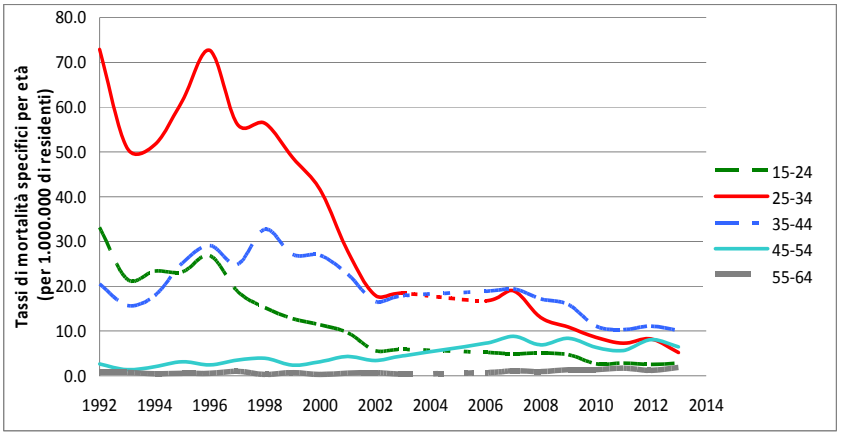

Figura 105 Trend della mortalità per droga in Italia, per età e anno di decesso. Tassi di mortalità specifici per età, per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2013.

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

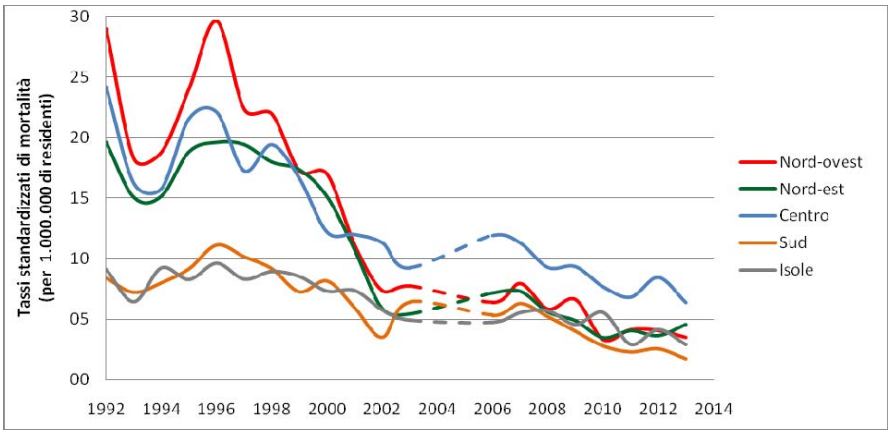

Figura 106 Trend della mortalità per droga in Italia, per ripartizione di residenza e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2013.

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

Nella Tabella 103 è mostrato il confronto tra i livelli di mortalità droga-indotta misurati con riferimento alla causa iniziale di morte e alle cause multiple di morte[67], ovvero a tutte le condizioni 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, pur avendo contribuito al processo morboso che ha condotto a morte, non ne rappresentano le cause scatenati. Tali casi non sarebbero quindi classificati come droga-correlati considerando la sola causa iniziale.

[67]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 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.

Nel triennio 2011-2013, nella fascia di età 15-64 anni, il numero totale di certificati con menzione di uso di droghe è pari a 1.353 ovvero il 96% in più rispetto al numero basato sulla sola causa iniziale di morte (691 casi). Il rapporto multiple su iniziale differisce in base all'età e mostra valori più elevati per i gruppi di età più avanzata (da 1,3 per 15-24 anni si arriva a3,3 per 55-64 anni). 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, 20,3 e 3,4 per 1.000.000 di abitanti (**Figura 107**), con differenze non significative nel rapporto multiple su iniziale (2 nei maschi e 1,9 nelle femmine).

Tabella 103 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 2011-2013 (a).

Età	Causa iniziale		Causa multipla		Rapporto
	Decessi	Tasso grezzo	Decessi	Tasso grezzo	multipla/iniziale
			Maschi		
15-24	36	4,0	47	5,3	1,3
25-34	121	11,6	169	16,2	1,4
35-44	252	18,4	428	31,3	1,7
45-54	152	11,6	418	31,8	2,8
55-64	24	2,3	94	8,8	3,9
Tot (15-64)	585	10,3	1,156	20,3	2,0
			Femmine		
15-24	12	1,4	13	1,5	1,1
25-34	20	1,9	24	2,3	1,2
35-44	36	2,6	58	4,2	1,6
45-54	26	1,9	77	5,7	3,0
55-64	12	1,1	25	2,2	2,1
Tot (15-64)	106	1,8	197	3,4	1,9
			Totale		
15-24	48	2,8	60	3,4	1,3
25-34	141	6,8	193	9,3	1,4
35-44	288	10,5	486	17,7	1,7
45-54	178	6,7	495	18,5	2,8
55-64	36	1,6	119	5,4	3,3
Tot (15-64)	691	6,0	1,353	11,8	2,0

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.

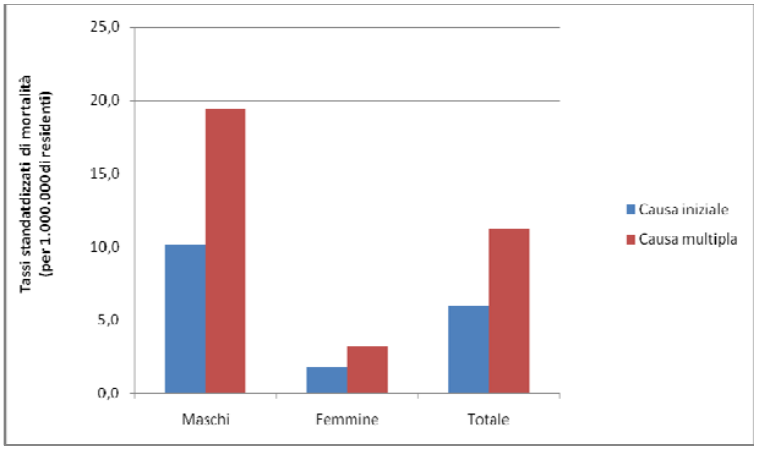

Figura 107 Mortalità per droga in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente di età 15-64 anni, nel triennio 2011-2013.
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

L'approccio delle cause multipledi morte consente anche 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 104**- 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 2011-2013 in età compresa tra 15 e 64 anni. sono riportati i risultati dell'analisi delle condizioni associate alle cause droga-correlate[68]. Il gruppo di malattie più fortemente associato con queste cause è quello dei disturbipsichici e comportamentali (Icd-10: F01-F99); in particolare, i disturbi dovuti all'uso di alcol che mediamente sono presenti nei decessi droga-correlati 19,4 (misura di associazione per il codice Icd-10 F10) volte di più rispetto agli altri decessi.

Rilevante è anche il ruolo del gruppo delle malattie infettive e parassitarie (Icd-10: A00-B99) che è associato ai decessi droga-correlati 3,7 volte di più rispetto agli altri decessi e che è presente in circa il 31% dei certificati di questo gruppo. Tra queste malattie spicca l'epatite virale acuta (Icd-10: B17, con misura di associazione pari a 18.0) e cronica (Icd10: B18, con associazione pari a 10,8) e la malattia da HIV (Icd10: B24, con associazione pari a 6,3).

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 alcolica (associazione pari a 6,2) e le altre epatiti croniche non classificate altrove (associazione pari a 3,7), confermando il legame già descritto per le epatiti virali.

Come ulteriore conferma del ruolo delle patologie epatiche come causa di decesso nei consumatori di droghe, il tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici fa registrare un'associazione significativa di 1,4, sebbene i tumori nel complesso risultino non associati a queste cause.

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

[68] 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)

subacute (Icd10: I33) sono presenti 16,4 volte più frequentemente negli utilizzatori di droghe rispetto ai non utilizzatori.

Tabella 104- 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 2011-2013 in età compresa tra 15 e 64 anni.

Cause		Numero di decessi con cause droga-correlate per causa manzionata	Proporzione grezza (%) di decessi per causa manzionata sul certificato di morte		ASPR	CI 95%
Codice ICD10	Descrizione		Decessi droga-correlati (N=1,353)	Altri decessi (N=209,115)		
A00-B99	**Alcune malattie infettive e parassitarie**	**418**	**30,9**	**10,3**	**3,7**	**(3,5 - 4,0)**
di cui:						
A41	*Altre forme di setticemia*	*103*	*7,6*	*6,2*	*1,7*	*(1,4 - 2,0)*
B16	*Epatite acuta B*	*17*	*1,3*	*0,3*	*4,1*	*(2,5 - 6,9)*
B17	*Altre epatiti virali acute*	*11*	*0,8*	*0,0*	*18,0*	*(9,4 - 34,7)*
B18	*Epatite virale cronica*	*326*	*24,1*	*2,7*	*10,8*	*(9,9 - 11,8)*
B20	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo a malattie infettive o parassitarie*	*34*	*2,5*	*0,4*	*4,3*	*(2,9 - 6,5)*
B22	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre malattie specificate*	*22*	*1,6*	*0,3*	*5,1*	*(3,3 - 7,6)*
B23	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre condizioni morbose*	*14*	*1,0*	*0,1*	*4,9*	*(2,5 - 9,6)*
B24	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] non specificata*	*99*	*7,3*	*1,2*	*6,3*	*(5,2 - 7,6)*
B99	*Altre e non specificate malattie infettive*	*23*	*1,7*	*0,5*	*2,7*	*(1,7 - 4,2)*
C00-D48	**Tumori**	**103**	**7,6**	**51,5**	**0,3**	**(0,3 - 0,3)**
di cui:						
C22	*Tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici*	*39*	*2,9*	*2,9*	*1,4*	*(1,1 - 1,9)*
D50-D89	**Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario**	**55**	**4,1**	**4,5**	**0,6**	**(0,4 - 0,8)**
di cui:						
D84	*Altre immunodeficienze*	*16*	*1,2*	*0,2*	*2,5*	*(1,2 - 4,9)*
E00-E90	**Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche**	**92**	**6,8**	**12,4**	**1,2**	**(1,0 - 1,3)**
di cui:						
E66	*Obesità*	*27*	*2,0*	*2,0*	*1,5*	*(1,1 - 2,1)*
F01-F99	**Disturbi psichici e comportamentali**	**242**	**17,9**	**4,4**	**5,5**	**(5,0 - 6,0)**
di cui:						
F10	*Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol*	*178*	*13,2*	*1,0*	*19,4*	*(17,2 - 21,8)*
F32	*Episodio depressivo*	*26*	*1,9*	*0,9*	*4,9*	*(3,8 - 6,3)*
G00-H95	**Malattie del sisema nervoso e degli organi di senso**	**99**	**7,3**	**8,3**	**0,6**	**(0,5 - 0,8)**
I00-I99	**Malattie del sistema circolatorio**	**639**	**47,2**	**48,9**	**1,1**	**(1,1 - 1,2)**
di cui:						
I33	*Endocardite acuta e subacuta*	*18*	*1,3*	*0,1*	*16,4*	*(11,3 - 23,8)*
I38	*Endocardite, valvola non specificata*	*19*	*1,4*	*0,3*	*2,7*	*(1,5 - 4,8)*
I42	*Cardiomiopatia*	*13*	*1,0*	*1,1*	*5,3*	*(4,3 - 6,6)*
I49	*Altre aritmie cardiache*	*24*	*1,8*	*1,7*	*1,5*	*(1,1 - 2,1)*
I50	*Insufficienza cardiaca*	*58*	*4,3*	*4,0*	*1,4*	*(1,1 - 1,7)*
I51	*Complicanze e descrizioni mal definite di cardiopatia*	*112*	*8,3*	*6,0*	*1,6*	*(1,3 - 1,8)*
I61	*Emorragia intracerebrale*	*35*	*2,6*	*2,6*	*1,9*	*(1,5 - 2,4)*
I85	*Varici esofagee*	*34*	*2,5*	*0,7*	*2,5*	*(1,7 - 3,7)*

J00-J99	**Malattie del sistema respiratorio**	**422**	**31,2**	**23,9**	**1,3**	**(1,2 - 1,4)**
di cui:						
J18	*Polmonite da microorganismo non specificato*	*57*	*4,2*	*3,9*	*1,5*	*(1,2 - 1,8)*
J44	*Altre pneumopatie ostruttive croniche*	*23*	*1,7*	*2,4*	*2,9*	*(2,4 - 3,5)*
J81	*Edema polmonare*	*203*	*15,0*	*3,9*	*2,3*	*(2 - 2,8)*
J98	*Altri disturbi respiratori*	*11*	*0,8*	*1,4*	*1,8*	*(1,3 - 2,5)*
K00-K92	**Malattie dell'apparato digerente**	**351**	**25,9**	**15,8**	**2,0**	**(1,9 - 2,2)**
di cui:						
K70	*Epatopatia alcolica*	*54*	*4,0*	*1,2*	*6,2*	*(5,1 - 7,5)*
K72	*Insufficienza epatica non classificata altrove*	*93*	*6,9*	*4,9*	*1,3*	*(1,0 - 1,6)*
K73	*Epatite cronica non classificata altrove*	*16*	*1,2*	*0,2*	*3,7*	*(1,9 - 7,3)*
K74	*Fibrosi e cirrosi epatica*	*233*	*17,2*	*5,0*	*3,6*	*(3,3 - 4,1)*
K76	*Altre malattie del fegato*	*92*	*6,8*	*2,6*	*3,3*	*(2,7 - 3,9)*
L00-L99	**Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo**	**25**	**1,8**	**0,7**	**4,0**	**(2,9 - 5,4)**
M00-M99	**Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo**	**12**	**0,9**	**1,5**	**0,4**	**(0,2 - 0,7)**
N00-N99	**Malattie dell'apparato genitourinario**	**67**	**5,0**	**8,3**	**1,0**	**(0,9 - 1,2)**
di cui:						
N17	*Insufficienza renale acuta*	*26*	*1,9*	*2,1*	*1,4*	*(1,0 - 1,9)*
N19	*Insufficienza renale non specificata*	*28*	*2,1*	*3,8*	*1,3*	*(1,0 - 1,6)*
R00-R99	**Sintomi, segni e altre condizioni morbose mal definite**	**563**	**41,6**	**34,7**	**1,0**	**(0,9 - 1,1)**
R09	*Altri sintomi e segni che interessano gli apparati circolatorio e respiratorio*	*215*	*15,9*	*5,3*	*2,6*	*(2,3 - 3)*
R40	*Sonnolenza, stupor e coma*	*65*	*4,8*	*4,2*	*1,3*	*(1,0 - 1,6)*
R60	*Edema non classificato altrove*	*11*	*0,8*	*0,5*	*2,2*	*(1,3 - 3,8)*
R75	*Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana [HIV]*	*20*	*1,5*	*0,1*	*9,8*	*(6,0 - 15,9)*
V00-Y99	**Cause esterne di mortalità**	**492**	**36,4**	**13,6**	**1,9**	**(1,7 - 2,1)**

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).

PARTE IV
MISURE DI PREVENZIONE

PAGINA BIANCA

Capitolo 1 – Gli interventi di prevenzione

A cura del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Dipartimento per il sistema di Istruzione di formazione – Ispettorato generale della Sanità militare – IFC Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)

1.1 I programmi di prevenzione nelle scuole

Le attività del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) sono state incentrate principalmente sulla prevenzione che costituisce, in ambito scolastico, lo strumento più efficace per la riduzione del rischio e delle problematiche determinate dall'uso di sostanze stupefacenti.

La scuola, infatti, è il contesto privilegiato per realizzare interventi efficaci di promozione di stili di vita sani e di prevenzione delle tossicodipendenze favorendo lo sviluppo della personalità del giovane, aiutando i giovani che presentano comportamenti o atteggiamenti riferibili all'insicurezza, alla sfiducia e alla disistima e rendendo i giovani autonomi e responsabili nelle scelte per favorire comportamenti salutari e senso sociale.

I programmi di prevenzione, svolti in ambito scolastico, consentono infatti di raggiungere i giovani in un'età in cui non hanno ancora consolidato comportamenti devianti, attraverso l'acquisizione d'informazioni, conoscenze ed abilità comportamentali utili al mantenimento ed al miglioramento della propria salute.

Tali interventi di prevenzione risultano significativamente più efficaci se coinvolgono sinergicamente gli alunni, gli educatori del contesto scolastico, le famiglie, consentendo di soddisfare la domanda informativa ed educativa di tutti i soggetti coinvolti in modo coordinato.

Le iniziative poste in essere sono state programmate sia a livello nazionale che regionale creando diverse opportunità di collaborazione per rendere razionali le offerte di azioni provenienti dal territorio e le richieste di interventi provenienti dalla scuola.

Inoltre, le Istituzioni scolastiche, nell'ambito della una propria autonomia amministrativa, didattica ed organizzativa (legge n. 59 del 15 marzo 1997, art.21 e D.P.R. 8 marzo 1999 n. 275) hanno messo in atto e partecipato a tutte quelle iniziative che hanno ritenuto utili e rispondenti a particolari esigenze del bacino di utenza.

La programmazione delle attività ha previsto inoltre una collaborazione Interistituzionalecon il Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPA), il Ministero della Salute e, in ambito territoriale, con gli Enti locali.

Adesione a progetti del DPA

Questo Ministero inoltre ha partecipato e collaborato con il Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri per tutte le iniziative di prevenzione delle tossicodipendenze che hanno coinvolto le Istituzioni Scolastiche.

In particolare, nell'anno 2015, la collaborazione ha visto la realizzazione dei seguenti progetti:

- DRUGS ON STREET EDUCATIONAL
- INFO - SAFE
- LIM EDU-DRUGS
- VIVI LA STRADA - Area Centro-Nord

- VIVI LA STRADA – Area Centro-Sud e Isole
- S.O.N. Support

Progettualità regionali

Nell'ambito dell'autonomia degli Uffici Scolastici Regionali (USR) e degli Uffici di Ambito Territoriale (UAT) del MIUR, sono stati adottati programmi regionali in risposta a specifiche esigenze del territorio.

In particolare gli Uffici territoriali ha curato iniziative di sensibilizzazione rivolte a Dirigenti scolastici, docenti/personale scolastico, genitori e alunni, di formazione dei docenti referenti alla salute e docenti; di promozione della peer education e del volontariato.

In particolare si segnalano le numerose attività di collaborazione degli USR con le Aziende Sanitarie locali, la Polizia Municipale, le forze di Polizia, Guardia di Finanza e Carabinieri su interventi di Educazione alla salute le cui principali aree di intervento sono state:

- il superamento del disagio giovanile e la prevenzione da comportamenti devianti;
- la promozione di comportamenti alimentari salutari;
- azioni di contrasto all'uso di droghe;
- promozione delle life skills;
- sensibilizzazione e prevenzione del doping;
- lotta al tabagismo;
- contrasto ai consumi rischiosi di alcol, promozione dell'attività fisica;

In particolare, degno di nota è il Progetto "Scuolasalute" proposto dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, e svolto in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio con l'obiettivo di una programmazione congiunta degli interventi di promozione della salute nelle scuole del Lazio per la definizione di strategie comuni tra Salute e Scuola; realizzazione di interventi congiunti tra il sistema scolastico e il sistema sanitario; condivisione di una cultura in materia di promozione della salute per la prevenzione di patologie croniche e per il contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile.

Il Programma, di provata efficacia, che si fonda sulle life skills e su un modello di influenza sociale globale, include una equilibrata miscela di nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali (capacità critica, risoluzione dei conflitti, formulazione di obiettivi, comprensione delle dinamiche di gruppo, management di stress ed emozioni) e correzione delle percezioni erronee riguardanti la diffusione e l'accettabilità dell'uso di sostanze psicotrope. E' condotto dagli insegnanti, specificamente formati in un corso di formazione specifico. La formazione degli insegnanti è una componente fondamentale ai fini della qualità dell'applicazione del modello e dei suoi contenuti. Si rivolge ad adolescenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni ed è costituito da 12 unità da integrare nel curriculum scolastico con una modalità interattiva. E' condotto dai docenti specificatamente formati in un corso di formazione curato dalle ASL di pertinenza territoriale.

La formazione dei docenti è una componente fondamentale ai fini della qualità, dell'applicazione del modello e dei suoi contenuti.

Si rivolge ad adolescenti di età compresa tra i dodici e i sedici anni ed è costituito da dodici unità da integrare nel curricolo scolastico con una modalità interattiva.

Il progetto coinvolge ogni anno scolastico circa 10.000 studenti e circa 400 docenti. Durante l'anno si monitorano le fasi di attuazione del progetto e al termine di ogni anno scolastico si rileva il gradimento degli studenti e degli studenti tramite un questionario standardizzato autocompilato.

Nella regione Veneto sono stati realizzati i seguenti progetti:

- "Divertiti la salute"