

## Salute mentale e dipendenze

Salute mentale e dipendenze, seppur patologie tra le più sommerse, rappresentano in Italia, per gravità e frequenza, importanti problemi di Sanità Pubblica.

I due argomenti, non a caso trattati insieme nel seguente capitolo, si caratterizzano per la frequente sovrapposizione laddove spesso è possibile individuare elementi di patologia che riconducono ad una 'doppia diagnosi'.

La descrizione della gravità di questo gruppo di patologie e della risposta fornita dal Servizio Sanitario non è sicuramente trattata esaurientemente dai tre indicatori presentati.

Si è cercato, nel perseguire gli obiettivi di sintesi chiarezza e trasparenza che animano l'Osservasalute, di presentare quei dati 'core' che individuano situazioni rapidamente modificabili, anche a livello regionale, da approcci integrati tra attività di prevenzione e modalità organizzative per la diagnosi e la cura.

Altri indicatori storici, in quanto già riportati negli Osservasalute degli anni precedenti, in grado di descrivere il fenomeno in maniera più approfondita, ma che poco si muovono come trend temporale da un anno all'altro, potranno essere consultati, opportunamente aggiornati con i dati più recenti, direttamente sul sito dell'Osservatorio. Ci riferiamo, in particolare, all'utenza dei Servizi per le Tossicodipendenze stratificati per sostanza primaria e al tasso di suicidio.

I due indicatori che seguono relativi alle dimissioni per patologia psichiatrica e alla presenza di strutture territoriali per la gestione della patologia, vanno letti contestualmente dal momento che laddove è meno forte la presenza di strutture territoriali, maggiore sembra la necessità di utilizzare la struttura ospedaliera.

È da sottolineare che il dato relativo alla presenza di strutture territoriali, ultimo disponibile, si riferisce al 2001, evidenziando, in questo importante ambito, un debito informativo che ci pare vada colmato al più presto.

La mortalità per abuso di sostanze è poi indicatore utilizzato dai più accreditati organismi sanitari internazionali per evidenziare le capacità di risposta dei Servizi Sanitari nella loro duplice veste promotori di formazione/informazione in termini di prevenzione secondaria e di gestori dei servizi di emergenze.

Patologie psichiatriche e dipendenze rappresentano gruppi di patologie il cui impatto sulla salute e sulla società è trasversale per età e livelli sociali interessati, importante dal punto di vista dei costi diretti e indiretti, destinato a farsi progressivamente sempre più rilevante nel computo complessivo dei bisogni di salute cui dare risposte.

Meritano sicuramente una particolare attenzione da parte dei decision maker e, a livello nazionale e regionale, di una attenta definizione o revisione di flussi informativi, ancora carenti, che siano in grado di fornire, soprattutto per quanto riguarda la patologia psichiatrica, stime adeguate e tempestive del bisogno di salute espresso dalla popolazione.

## Ospedalizzazione per disturbi psichici

**Significato.** Questo indicatore è finalizzato a valutare, in modo indiretto, il livello di salute mentale della popolazione, nonché l'efficacia dei servizi territoriali nell'assistenza al paziente psichico in termini di controllo/prevenzione della patologia degli episodi di acuzie. L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti dimessi (da ospedali per acuti o case di cura convenzionate) con diagnosi primaria di disturbo psichico, ed il numero di soggetti residenti nello stesso periodo di tempo considerato (un anno solare). La patologia psichica quale causa di ricovero viene evinta dai codici 290-319 della classificazione

ICD-9: tali codici includono chiaramente un'ampia gamma di disturbi, tra cui le psicosi, le nevrosi, i disturbi della personalità ed altre patologie, anche correlate all'abuso di sostanze.

Il confronto tra il tasso di dimissione per disturbi psichici, standardizzato per età, del primo e dell'ultimo anno per i quali sono disponibili i dati (1999 e 2003), permette di valutarne l'andamento nell'arco di 5 anni. Il tasso è rilevato ad un livello di dettaglio regionale, per cui è possibile un confronto interregionale, in aggiunta alla valutazione del trend storico intraregionale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni per patologia psichica in diagnosi principale}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

**Validità e limiti.** Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici può rappresentare solo una stima molto approssimata dello stato di salute mentale della popolazione, poiché esso non può tenere conto della prevalenza reale di patologie psichiche: sebbene vi sia una correlazione, non è possibile stabilire con certezza, soprattutto considerando eventuali variabilità regionali, quale sia il rapporto tra l'utilizzo dell'ospedale e la frequenza di patologie, ovvero se ad un maggiore impiego dell'ospedale corrisponda una maggiore necessità della popolazione, piuttosto che una carenza dei servizi territoriali. Tuttavia, dato che non esistono registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta il più valido tra gli indici di attività dei servizi territoriali disponibili. A questo proposito, è interessante rilevare come le regioni che presentano tassi elevati di ospedalizzazione siano le stesse che mostrano un numero di centri diurni territoriali inferiore alla media italiana.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono benchmark validati, poiché la tipologia dei sistemi che regolano il trattamento della patologia psichica varia tra i diversi paesi e, non essendovi uno standard accettato, sono estremamente difficili i paragoni. Tuttavia, in base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in numerosi progetti obiettivo, il valore medio nazionale può essere indicato come valore standard minimo di riferimento.

### Descrizioni dei risultati

Come si può notare nella tabella 1, il tasso grezzo di dimissione ospedaliera per disturbi psichici è risultato pari a 48,88 x 10.000 abitanti nell'anno 2003 (ultimo

anno disponibile), sull'intero territorio nazionale. Rispetto a 5 anni prima (anno 1999), si registra quindi una sensibile riduzione di ricoveri (6,3%).

**Tabella 1 - Tasso di dimissioni ospedaliere per patologia psichica per regione (tassi per 10.000 abitanti) - Anni 1999, 2003**

Regioni	1999	2003
Piemonte	51,41	46,83
Valle d'Aosta	76,56	68,66
Lombardia	51,93	47,17
Trentino-Alto Adige	75,81	66,69
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>86,96</i>	<i>88,74</i>
<i>Trento</i>	<i>64,90</i>	<i>45,44</i>
Veneto	63,50	47,45
Friuli-Venezia Giulia	42,57	34,70
Liguria	80,74	77,75
Emilia-Romagna	58,17	49,35
Toscana	47,03	41,24
Umbria	47,72	34,11
Marche	53,14	38,70
Lazio	51,13	62,48
Abruzzo	76,89	79,46
Molise	52,82	56,13
Campania	27,26	26,70
Puglia	52,35	38,44
Basilicata	49,50	43,14
Calabria	44,01	46,73
Sicilia	59,43	69,18
Sardegna	45,08	48,95
<b>Italia</b>	<b>52,15</b>	<b>48,88</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Health For All - Istat. Italia Dicembre 2005.

Nella tabella 2 sono invece riportati i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati per sesso e regione. Com'è prevedibile, il tasso standardizzato medio

nazionale, sia per gli uomini che per le donne, è in linea con il tasso grezzo, mostrando un calo complessivo di circa il 6% per entrambi i sessi (più evidente nel grafico 1). Tuttavia, alcune regioni mostrano tassi di ospedalizzazione molto più elevati rispetto alla media nazionale (in primis l'Abruzzo, poi la Liguria, la Sicilia, la Provincia Autonoma di Bolzano ed il Lazio – cartogrammi 1 e 2). Al contrario, la Campania, il Friuli-Venezia Giulia e l'Umbria presentano tassi standardizzati di ospedalizzazione più bassi della media nazionale fino al 50%.

Le differenze di ricovero per genere, a livello di tasso standardizzato medio nazionale, non sembrano sostanziali: gli uomini continuano ad essere ricoverati con maggiore frequenza, tuttavia la diversità con il dato relativo al sesso femminile continua a mantenersi minima (48,45 gli uomini, 46,11 le donne).

L'esame dell'andamento temporale (grafico 1) evidenzia una generale riduzione del tasso standardizzato in tutte le regioni ed in entrambi i sessi, con alcune significative eccezioni. Occorre evidenziare, infatti, come nel Lazio ed in Sicilia si siano osservati, nel 2003, tassi di ospedalizzazione superiori dal 15% al 30% rispetto a quelli dell'anno 1999. Aumenti si sono registrati anche in Calabria, Abruzzo, Molise (solo tra le donne) e Sardegna (solo per gli uomini). Per ciò che concerne la Sardegna, l'Abruzzo ed il Lazio, tale aumento del ricorso all'ospedalizzazione appare particolarmente preoccupante perché queste regioni erano,

già nel 1999, tra le regioni con i tassi più elevati. Infine, se si esamina il dato sulle macroaree italiane, Nord, Centro e Sud, sia per ciò che riguarda il dato grezzo che quello standardizzato non si evincono chiare differenze di tipo geografico: tassi al di sopra della media nazionale sono presenti in regioni di ogni macroarea. Tuttavia, se si osserva invece il trend temporale, si nota come tutte le regioni del Nord abbiano ridotto il ricorso all'ospedalizzazione, al contrario di diverse regioni del Centro-Sud.

### Raccomandazioni di Osservasalute

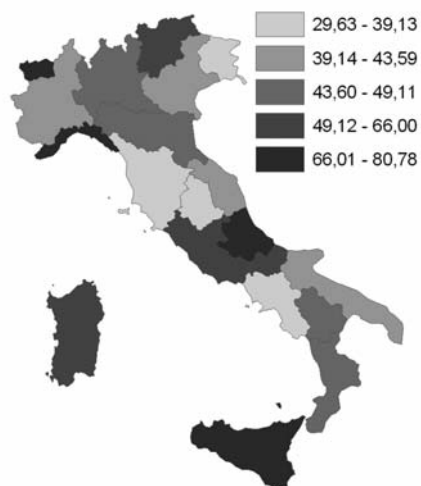
Questo indicatore è stato inserito anche nel Rapporto Osservasalute 2005, sebbene con dati meno aggiornati. Rispetto al precedente rapporto, si conferma una costante, ma lenta, tendenza al miglioramento. Sembra confermato, quindi, che i cambiamenti sostanziali nell'ambito della organizzazione e gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), con l'introduzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), dei centri di salute mentali, dei centri diurni ed altre articolazioni territoriali, abbiano raggiunto, almeno parzialmente, alcuni degli obiettivi prefissati. Sebbene diversi fattori, tra cui l'invecchiamento della popolazione, il contesto sociale e la crescente diffusione del consumo giovanile di sostanze stupefacenti possono determinare una crescita futura della prevalenza di patologie psichiatriche (tanto che

**Tabella 2 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per patologia psichica, sesso e regione (tassi per 10.000 abitanti) – Anni 1999, 2003**

Regioni	Femmine		Maschi	
	1999	2003	1999	2003
Piemonte	47,93	44,24	48,20	43,42
Valle d'Aosta	63,75	53,20	72,70	70,79
Lombardia	51,11	46,57	47,99	44,81
Trentino-Alto Adige	74,20	63,66	71,65	62,81
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>86,47</i>	<i>88,22</i>	<i>84,70</i>	<i>83,89</i>
<i>Trento</i>	<i>63,03</i>	<i>41,34</i>	<i>59,70</i>	<i>43,53</i>
Veneto	60,84	45,39	57,60	43,59
Friuli-Venezia Giulia	38,61	31,43	38,18	31,48
Liguria	70,86	70,69	82,20	74,76
Emilia-Romagna	56,02	47,70	49,92	43,66
Toscana	44,01	41,01	45,92	39,13
Umbria	44,09	33,50	43,95	33,08
Marche	46,59	33,34	55,64	41,48
Lazio	47,87	59,43	51,85	66,00
Abruzzo	69,41	73,79	79,44	80,78
Molise	47,07	54,66	58,13	54,92
Campania	24,41	23,15	30,10	29,63
Puglia	49,24	36,35	55,37	39,34
Basilicata	47,84	40,64	51,47	45,09
Calabria	41,11	43,00	47,30	49,11
Sicilia	55,06	63,39	64,44	73,65
Sardegna	43,74	43,72	44,22	52,03
<b>Italia</b>	<b>49,17</b>	<b>46,11</b>	<b>51,34</b>	<b>48,45</b>

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione residente al Censimento del 1991.

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per patologia psichica e per regione. Maschi. Anno 2003



Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per patologia psichica e per regione. Femmine. Anno 2003

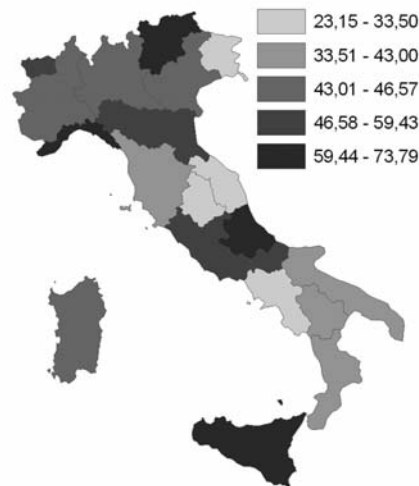
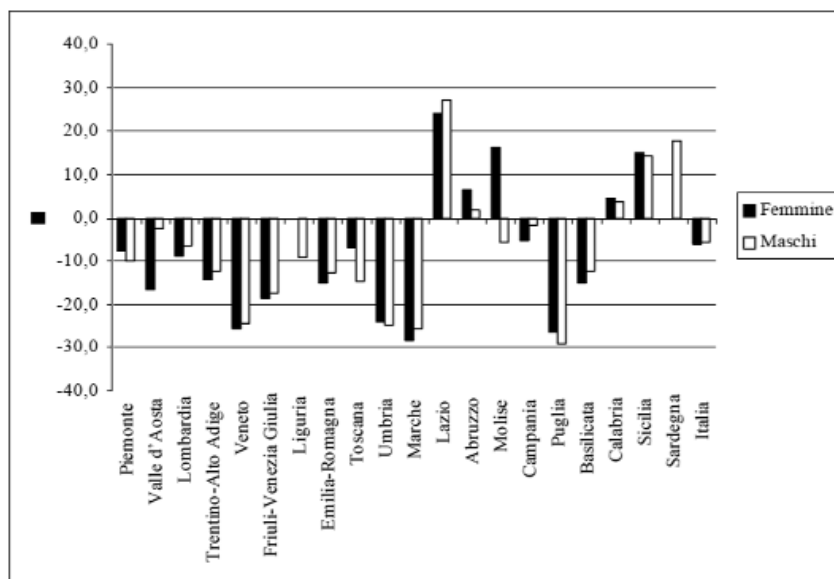


Grafico 1 - Variazione percentuale del tasso standardizzato di dimissione ospedaliera per disturbi psichici - Anni 1999-2003



Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazione su dati Istat. Anno 2006.

l'OMS ha indicato nel miglioramento della diagnosi e trattamento dei disturbi psichici due obiettivi prioritari), sembrano esservi notevoli margini di miglioramento, soprattutto nelle regioni che hanno addirittura mostrato una crescita nei ricorsi all'ospedalizzazione. Sicuramente, ulteriori progressi potranno derivare dal completamento della fase d'implementazione delle strategie di controllo previste dal citato progetto obiettivo, sia mediante interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio, sia mediante un miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali inte-

ressati, partendo dalla realizzazione di uno specifico sistema informativo per il contesto della Salute Mentale. Sicuramente, una redistribuzione delle attività di assistenza al malato psichico dall'ambito ospedaliero a quello territoriale, con un effettivo potenziamento di quest'ultimo, è un passaggio essenziale, indispensabile, per permettere ai centri di salute mentale il controllo del paziente e la prevenzione degli episodi di acuzie, ovvero per accrescerne l'efficacia clinica evitando i maggiori costi e disagi del ricovero ospedaliero.

## Assistenza psichiatrica territoriale

**Significato.** La salute mentale riveste nei paesi industrializzati un'importanza sempre crescente dal momento che non solo la prevalenza dei disturbi mentali è in continuo aumento ma anche perché assieme ad essa si moltiplicano gli elevati costi economici e sociali ad essa associati a carico delle famiglie e della collettività. A più di 25 anni dalla Legge 180/1978 che spostava la cura del malato psichico dal manicomio e quindi da un'assistenza per lo più residenziale mirata

ad un controllo sociale ad una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio affermando la centralità dell'intervento preventivo e curativo, i dati raccolti dal censimento Ministeriale permettono di valutare la reale applicazione delle profonde innovazioni apportate dalla Legge stessa e la loro uniformità nelle varie regioni e il grado di raggiungimento dei traguardi proposti dai Progetti Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-1996, 1998-2000".

### Tasso di disponibilità di strutture psichiatriche

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero strutture}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime in termini di numero di servizi la copertura rispetto alla popolazione. I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), articolati, per meglio rispondere ai bisogni della popolazione, in una rete differenziata di servizi, territoriali e ospedalieri, svolgono il compito fondamentale di assicurare le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento del malato mentale. L'analisi di questo dato andrebbe letta parallelamente ai dati di dimissione ospedaliera per disturbi psichici e tenendo possibilmente conto della prevalenza della patologia mentale nella popolazione, i cui dati risultano carenti dal momento che una non trascurabile parte della patolo-

gia (verosimilmente selezionata per gravità) è drenata dalla medicina generale e/o dalla sanità privata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per i Centri di Salute Mentale e i Centri Diurni lo standard previsto dalla Legge 180 del 1978 è di 1 struttura ogni 150.000 abitanti.

### Descrizioni dei Risultati

La tabella 1 presenta i dati stratificati per regione ed i totali nazionali. Per quanto riguarda i Dipartimenti di Salute Mentale il valore nazionale è rappresentato da 0,36 ogni 100.000 abitanti. Valori molto inferiori alla

**Tabella 1 - Tasso di disponibilità di strutture psichiatriche per tipologia di struttura e regione – Anno 2001**

Regioni	DSM	Centri di salute mentale	Ambulatori periferici	Centri diurni
Piemonte	0,56	1,59	1,56	1,31
Valle d'Aosta	0,83	0,83	6,65	0,00
Lombardia	0,30	1,04	1,22	0,74
Bolzano-Bozen	0,87	0,87	1,73	0,22
Trento	0,21	2,11	1,06	1,27
Veneto	0,46	1,17	1,79	1,64
Friuli-Venezia Giulia	0,50	1,94	2,02	2,78
Liguria	0,30	1,23	1,04	1,10
Emilia-Romagna	0,32	1,20	2,31	0,97
Toscana	0,33	1,44	6,13	2,12
Umbria	0,47	1,67	1,43	1,43
Marche	0,88	1,02	2,80	1,30
Lazio	0,22	1,36	0,66	0,94
Abruzzo	0,46	1,01	2,50	0,62
Molise	0,91	0,30	1,82	0,30
Campania	0,22	1,05	0,81	0,96
Puglia	0,30	1,19	1,76	0,93
Basilicata	0,82	0,82	3,29	0,33
Calabria	0,53	1,56	1,21	0,58
Sicilia	0,17	0,94	2,61	0,74
Sardegna	0,48	1,39	3,14	0,36
Italia	0,36	1,22	1,91	1,05

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute – Rilevazione, Anno 2001.

media si riscontrano nelle regioni Lazio, Campania e Sicilia. I Centri di Salute Mentale, strutture per attività psichiatrica aperti 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana, sono omogeneamente presenti sul territorio nazionale con un tasso dell'1,22 ogni 100.000 abitanti pari a quasi il doppio dello standard richiesto dalla legge. Risulta sotto lo standard solo la regione Molise con un tasso dello 0,30. Gli ambulatori periferici presentano invece tassi variabili che sembrano dipendere dalle necessità organizzative e territoriali proprie di ogni regione con un valore medio nazionale di 1,91 e una maggiore presenza in Toscana e Valle d'Aosta. I Centri Diurni, che ospitano la maggior parte dei soggetti che necessitano di interventi terapeutici in regimi di semiresidenzialità, sono 612 in tutto e i tassi più alti si riscontrano in Friuli-Venezia Giulia (2,78 x 100.000) e in Toscana. Alcune regioni presentano ancora tassi sotto lo standard previsto (PA Bolzano, Molise e Sardegna) mentre la regione Valle d'Aosta non ha mai attivato il servizio.

### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 mostra un interesse crescente per i problemi relativi alla salute mentale prevedendo specifici obiettivi.

Si intende limitare in particolare le disomogeneità e le discrepanze nella distribuzione di servizi all'interno del territorio promuovendo la realizzazione di nuove strutture residenziali psichiatriche o eventualmente ricorrendo a strutture private; inoltre si propone di potenziare i servizi territoriali già esistenti di diagnosi, Day Hospital, comunità di accoglienza e pronto soccorso psichiatrico.

Altresì si pone l'obiettivo di assicurare la presa in carico e la continuità terapeutica dei problemi di salute mentale del paziente attraverso un modello di Coordinamento Interdipartimentale capace di integrare i Dipartimenti di Salute Mentale con i Dipartimenti a questi correlabili (materno-infantile, anziani, tossicodipendenze e ospedalieri).

Tutto ciò potrà contribuire ad un progressivo superamento di un esclusivo approccio custodialistico ai problemi di salute mentale.

## Mortalità per abuso di stupefacenti

**Significato.** All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. L'indicatore qui descritto misura, nella classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo (15-44 anni), il tasso di mortalità direttamente correlato all'assunzione di sostanze stupefacenti, escludendo i casi in cui i decessi non sono diret-

tamente riconducibili all'assunzione, quali le morti per incidenti stradali attribuibili alla guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti o le morti di consumatori dovute a complicanze patologiche o a malattie *drug-related*. Tale indicatore misura quindi la mortalità per overdose, conseguenza diretta dell'efficacia delle attività di prevenzione secondaria.

### *Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Morti di età compresa tra 15 e 44 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente di età compresa tra 15 e 44 anni}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** L'indicatore risulta importante per valutare l'impatto sulla salute delle più gravi forme di consumo di sostanze stupefacenti e per il monitoraggio dei trend nel consumo di droghe; rappresenta infatti uno dei cinque indicatori epidemiologici utilizzati dall'EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) per stimare la prevalenza e le conseguenze sulla salute del consumo di droghe.

Inoltre l'indicatore rappresenta un buon *proxy* della capacità del servizio sanitario di intervenire su situazioni a rischio: una prevenzione secondaria che agisca efficacemente sul singolo tossicodipendente attraverso l'informazione e la distribuzione di antidoti, un servizio di emergenza e urgenza che intervenga tempestivamente. I dati considerati, provenienti dall'attività quotidiana sul territorio delle Forze di Polizia, hanno il vantaggio di rappresentare un quadro completo e veritiero di tutta la realtà italiana; infatti la maggior parte degli studi realizzati, seppur adattabili alla realtà, si basano solo su campioni rappresentativi della popolazione.

Limite di questi dati, elaborati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, sta nella prevedibile mancanza dei casi per i quali non siano state interessate le Forze di Polizia; casi comunque che risultano in numero molto limitato essendo la morte per overdose routinariamente trasmessa alle Forze dell'Ordine da parte del Pronto Soccorso, del 118 e dei servizi di Medicina Legale. Le morti per overdose, tuttavia, non possono rappresentare un indice della mortalità dovuta al consumo di sostanze stupefacenti: rimangono infatti escluse le morti indirettamente riconducibili all'assunzione di sostanze stupefacenti (incidenti, malattie infettive, morti violente).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore medio nazionale per l'anno 2005 (2,52 x 100.000) può essere indicato come valore standard di riferimento. In Europa nel 2000 sono stati segnalati 8.838 decessi nei paesi dell'Unione europea, rispetto a 6.284 nel 1990. Tra il

2000 e il 2001-2002 molti paesi dell'UE hanno registrato una diminuzione del numero di decessi per overdose; dati più recenti, ma preliminari, indicano che la tendenza prosegue. Tuttavia, a livello di Unione Europea, i decessi per overdose rimangono a livelli storicamente elevati (8.306 nel 2001, l'ultimo anno per cui si dispone di dati comparabili).

### **Descrizione dei risultati**

A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 e il 1997 e tra il 2001 e il 2002. Si rileva poi un tasso costante fino a fine 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 confermata nel 2005; l'incremento negli ultimi due anni risulta comunque relativo se si considera che il tasso di mortalità nel 2005 è pari a circa un terzo del tasso di mortalità rilevato nel 1996.

I dati per l'anno 1996 mostrano un'evidente variabilità interregionale con tassi più elevati nelle regioni del Centro-Nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria ed Emilia-Romagna) oltre al Lazio; in particolare la Liguria si discosta fortemente dalla media nazionale con un tasso quasi doppio rispetto alle regioni suddette.

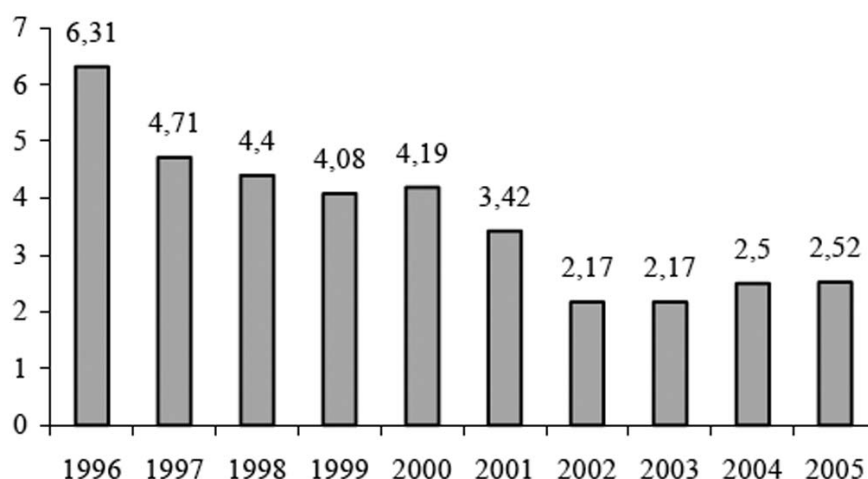
Nei successivi anni la maggior parte delle regioni segue il trend nazionale con una progressiva diminuzione della variabilità interregionale; solo il Molise e l'Umbria, se ne discostano, mostrando un andamento simile e altalenante con tassi nel 2005 superiori a quelli riscontrati nel 1996. Tale trend in controtendenza è comunque in parte attribuibile alla loro bassa densità di popolazione; in questo senso l'oscillazione annuale, anche minima, nel numero di decessi è in grado di modificare sostanzialmente i tassi di mortalità.

Nel 2005 le regioni che mostrano tassi più elevati sono le regioni del Centro (Lazio, Campania e Umbria) con un picco per quanto riguarda l'Umbria; tassi particolarmente bassi si riscontrano in alcune regioni del Sud (Basilicata, Calabria, Puglia, Sicilia) e in Lombardia.

**Tabella 1 - Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età 15-44 anni per regione (tassi per 100.000 abitanti) – Anni 1996-2005**

Regioni	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	9,13	6,75	6,47	6,53	6,01	3,39	2,71	2,73	2,90	2,39
Valle d'Aosta	9,78	11,80	3,94	5,94	4,00	2,01	0,00	2,02	2,01	2,01
Lombardia	7,03	4,60	4,86	3,68	3,78	2,83	1,18	1,14	1,30	1,06
Trentino-Alto Adige	4,45	3,71	6,44	6,69	3,97	3,23	1,99	0,74	1,73	1,72
Veneto	5,29	4,69	4,61	4,78	4,64	4,92	1,24	1,82	1,39	2,46
Friuli-Venezia Giulia	3,71	4,58	3,77	5,27	3,60	3,61	2,14	2,58	1,93	1,94
Liguria	17,99	10,09	10,57	7,71	6,13	5,87	2,46	2,49	3,38	3,19
Emilia-Romagna	9,73	8,43	7,25	6,12	6,31	4,10	1,64	2,34	2,38	2,09
Toscana	5,72	4,97	4,93	3,09	3,83	3,20	1,75	1,54	2,68	1,59
Umbria	6,76	4,31	8,02	5,25	7,74	6,82	6,52	6,19	4,56	7,52
Marche	4,39	3,55	2,37	3,05	3,73	3,22	1,86	2,03	2,34	3,67
Lazio	9,63	6,97	5,87	6,24	5,99	5,90	6,27	4,41	5,14	5,88
Abruzzo	3,93	3,57	3,20	3,02	3,41	3,43	1,92	0,96	2,09	2,08
Molise	1,45	0,00	3,68	2,23	0,75	1,51	2,28	1,53	3,81	2,30
Campania	5,41	4,10	3,07	3,93	5,15	3,06	3,28	4,02	4,90	4,51
Puglia	4,28	3,16	2,13	1,87	2,50	2,25	0,73	0,97	0,68	0,74
Basilicata	1,85	1,11	1,49	1,51	1,90	1,54	1,16	0,78	0,79	1,59
Calabria	2,70	1,84	1,31	1,54	2,56	2,37	1,14	1,61	0,92	1,50
Sicilia	2,31	1,59	1,64	1,24	1,20	1,35	0,79	0,94	1,13	1,22
Sardegna	5,01	3,62	3,65	4,08	3,06	3,37	2,04	2,20	4,55	2,92
Italia	6,31	4,71	4,40	4,08	4,19	3,42	2,17	2,17	2,50	2,52

Fonte dei dati e anno di riferimento: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Ministero dell'Interno. (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2005.

**Grafico 1 - Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età 15-44 anni (tassi per 100.000 abitanti) – Anni 1996-2005**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Ministero dell'Interno. (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2005.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Dalla Relazione annuale 2005 dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze si può riscontrare, a livello europeo, un trend diverso rispetto all'Italia, pur variando l'andamento dei decessi da paese a paese. Nel periodo 1990-2000, nonostante il decremento registrato in alcuni paesi, si è evidenziata la tendenza complessiva al rialzo, mentre dal 2000 molti paesi segnalano una diminuzione del numero di

decessi. Solo 10 paesi hanno fornito informazioni per il 2003, da cui si ricava una diminuzione del 5% pari a solo un terzo del calo osservato nel 2002; si può ipotizzare che i fattori responsabili del declino dei decessi correlati al consumo di stupefacenti tra il 2000 e il 2002 siano venuti meno nel 2003 con il rischio reale di un'interruzione del nuovo trend positivo, come confermerebbero i dati 2003-2005 relativi all'Italia. Rispetto all'Europa la diminuzione del tasso di morta-



lità in Italia è già in atto dal 1996 grazie soprattutto al calo di assunzione di droga per via parenterale tra i consumatori di oppiacei, alla diminuzione dei consumatori di oppiacei con shift verso sostanze la cui assunzione per vie diverse da quella parenterale ne riduce il rischio di overdose, all'aumento e alla fornitura adeguata di servizi terapeutici, in particolare la terapia sostitutiva che ha diminuito la pratica di somministrazione di droga per via parenterale e i comportamenti a rischio correlati, con una conseguente riduzione dei decessi da abuso.

Dal 2002 si assiste ad una sostanziale stabilizzazione del dato, con oscillazioni probabilmente dovute ad una variabilità casuale.

Di fronte ad uno stallo nella tendenza alla riduzione delle morti per overdose, sulla scorta dell'obiettivo politico dell'UE nel 2000-2004 di una sostanziale riduzione dei decessi correlati alla droga, la raccomandazione è quella di inserire tale obiettivo nel documento di strategia nazionale come già fatto da otto degli Stati dell'UE a 15 (Germania, Grecia, Spagna, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo, Finlandia e Regno Unito) e quattro dei nuovi Stati membri (Cipro, Lettonia, Lituania e Polonia), con lo scopo di recuperare una maggior attenzione delle Istituzioni e di pianificare una serie di interventi efficaci di prevenzione secondaria.