

NEL 2006 517 MORTI PER OVERDOSE, 24MILA DECESSI LEGATI AD ALCOL

NEL 2006 517 MORTI PER OVERDOSE, 24MILA DECESSI LEGATI AD ALCOL = RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO, FENOMENO PRETTAMENTE MASCHILE Roma, 11 lug.

Nel 2006 in Italia si sono registrati 517 decessi dovuti ad intossicazione acuta da overdose. Dopo il picco massimo toccato nel 1996 (con 1.556 deceduti), si è registrata una progressiva diminuzione dei decessi fino al 2003 (in cui si sono contati 517 decessi) a cui ha fatto seguito una breve inversione di tendenza nel biennio 2004-2005 (con un dato annuale attestato intorno alle 650 unità) ed una nuova riduzione nel 2006, di circa il 20%, rispetto all'anno precedente. È quanto emerge dalla Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, presentata questa mattina a Palazzo Chigi dal ministro per la Solidarietà Sociale, Paolo Ferrero. La relazione rileva poi che dal 2001, l'età al decesso è progressivamente aumentata: se all'inizio del periodo considerato circa il 36% dei decessi era costituito da over 35enni, nel

2006 tale quota sfiora il 50%. Relativamente costanti, invece, rimangono le morti per intossicazione acuta tra gli under 19enni che, nell'intero periodo, costituiscono circa il 2-3% dei casi (20 casi/anno). In base ai dati forniti dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) attraverso il Registro Speciale di Mortalità del Ministero dell'Interno, che rappresenta, seppur con alcuni limiti, la fonte più aggiornata dei dati, la Relazione spiega che la mortalità acuta per droga è un fenomeno prevalentemente maschile (si contano mediamente circa 10 decessi tra gli uomini per ogni decesso tra le donne): la percentuale delle donne sul totale dei decessi, dopo aver toccato il picco massimo del 12,2% nel 2003, è passata dal 7,8% nel biennio successivo, all'11,4% nel 2006.

La Relazione, però, punta anche a correlare queste dimensioni con quelle delle morti attribuibili a sostanze legali come alcol e tabacco. Secondo le ultime stime dell'Istituto Superiore di Sanità, ogni anno in Italia circa 24.000 decessi sono associati all'alcol e riguardano più di 17.000 uomini e circa 7.000 donne. Si evidenzia un tasso di mortalità di 35 decessi su 100.000 abitanti per i maschi e di 8,4 decessi per le donne attribuibili all'alcol. Le condizioni che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol-attribubile sono la cirrosi epatica e gli incidenti. L'Istituto Superiore di Sanità stima, inoltre, che circa 80.000 decessi ogni anno sono attribuibili al fumo, pari a circa il 14% di tutte le morti. Più del 34% di tutte le cause di morte attribuibili al fumo di sigaretta colpisce soggetti di 35-69 anni. Inoltre, coloro che muoiono a causa del tabacco perdono in media 13 anni di speranza di vita.

Sono numerose le patologie associate al fumo di tabacco. La principale è il carcinoma polmonare, la patologia più temuta per chi fuma: provoca circa 30mila morti l'anno. Negli uomini il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone e nelle donne nel 55% dei casi.

Per quanto riguarda la classificazione delle Regioni in base ai tassi di overdose e di consumatori problematici di sostanze stupefacenti, sono il Lazio e la Liguria le aree che, rispetto alle altre, presentano coerentemente valori particolarmente elevati di entrambi i tassi, a cui seguono, con analogo coerenza, Campania e Marche. A fronte di un elevato impatto della mortalità per overdose, l'Umbria ha invece una posizione intermedia relativamente alla prevalenza stimata di utilizzatori problematici di sostanze, mentre in Toscana si rileva una situazione inversa. Nel 48% dei casi rilevati nel 2006 la causa di morte - che si ricorda non è basata su indagini tossicologiche ma su elementi circostanziali - non è stata riconducibile con ragionevole sicurezza ad alcuna sostanza precisa, mentre nel 41% e nel 9% dei decessi questa è stata attribuita rispettivamente all'eroina ed alla cocaina. Se l'età media al decesso è pari a 35 anni per entrambe le sostanze, nella metà dei casi i soggetti deceduti per eroina non avevano più di 35 anni, mentre quelli per cocaina non più di 32. Dal 2001 la quota di morti attribuite ad intossicazione da eroina rimane sostanzialmente costante, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata, nello stesso lasso temporale, da circa il 2% al 9%; ciò significa, riferendosi ai dati assoluti, un incremento di circa 3 volte. (segue)

Nella metà dei casi attribuiti all'effetto di una specifica sostanza, il decesso è avvenuto presso l'abitazione; nei restanti casi, tra le overdose da eroina, il 16% è avvenuto in strada, il 10% in locali pubblici e solo il 5% in ospedale, mentre diversa distribuzione si osserva nel caso dei decessi per cocaina, avvenuti nel 7% dei casi in strada, nel 13% in locali pubblici e nel 20% in ospedale. Se si confrontano i dati delle Forze dell'Ordine con quelli del Gruppo Italiano Tossicologi Forensi, relativi a sei città italiane per il 2005, che si basano su riscontri analitico-tossicologici effettuati nei casi di decesso in cui sia stata disposta perizia medioco legale da parte della magistratura, si evidenzia una quota del 38,5% di morti con meno di 30 anni, attribuiti alla cocaina, a fronte dell'11,8% della quota dei corrispondenti soggetti rilevata dalla Dcsa per causa probabile. Quindi, rileva la relazione i decessi per overdose da cocaina rilevati su elementi circostanziali dal Registro della Dcsa sembrano sottostimare in modo rilevante l'effettiva mortalità legata all'abuso di tale sostanza. Dai dati emersi dallo studio longitudinale prospettico VEdeTTE, volto a valutare l'efficacia degli interventi effettuati dai Ser.T. italiani nel trattamento della tossicodipendenza da eroina nella prevenzione della mortalità per overdose e nella ritenzione

in trattamento, si evidenzia che nel periodo di osservazione (in media 26 mesi), su una platea di 10.376 tossicodipendenti, si sono verificati complessivamente 190 decessi (l'80,5% è costituito da maschi ed il 19,5% da femmine). (segue)

Il 36,8% dei decessi è stato causato da overdose, seguono l'Aids e le cause violente che rappresentano rispettivamente il 20% e il 15,8% delle cause di morte. Lo Studio VEdeTTE ha dimostrato il potente effetto protettivo sul rischio mortalità acuta esercitato dai trattamenti erogati dal sistema dei Servizi; tra i tossicodipendenti da eroina usciti dal trattamento (concluso o interrotto) il rischio di decesso acuto è 11 volte superiore a quello rilevato tra coloro che sono rimasti in trattamento. Il rischio di morte per overdose è più elevato nei primi 30 giorni dall'uscita dal trattamento, in seguito all'alta frequenza di ricadute nell'uso di eroina. Se il rischio di morire è pari all'1 per mille durante il trattamento, nel primo mese dall'uscita questo sale a 23 per mille, valore che scende al 7 per mille dopo più di 60 giorni dall'uscita. Qualora il trattamento sia di breve durata (per esempio un breve trattamento di disintossicazione orientato all'astinenza o un qualsiasi altro tipo di trattamento interrotto prematuramente), l'effetto protettivo del trattamento viene vanificato dal notevole eccesso di morte nel primo mese successivo alla sua fine. Trattamenti di breve durata, rileva quindi la relazione, potrebbero quindi essere paradossalmente più pericolosi rispetto alla morte improvvisa da overdose dell'assenza di trattamento. La chiave di volta della protezione dalla mortalità acuta da overdose sembra quindi essere rappresentata dalla ritenzione in trattamento. (segue)

Il fattore predittivo più significativo della ritenzione in trattamento è il tipo di terapia, con una minor ritenzione per le terapie orientate all'astinenza, che terminano nel 50% dei casi dopo circa 100 giorni, e per le quali il rischio di abbandono è più di tre volte più alto rispetto al mantenimento con metadone ad elevati dosaggi. Il 50% degli utenti incidenti risulta ancora in trattamento dopo circa 300 giorni, sia nel caso della comunità terapeutica residenziale che del mantenimento con metadone. Per il mantenimento con metadone, la ritenzione in trattamento è influenzata dal dosaggio del farmaco: più alta è la dose media giornaliera, maggiore è la ritenzione. Indipendentemente dal tipo di terapia, la ritenzione risulta maggiore nei trattamenti integrati; l'assenza di un trattamento psicosociale associato, raddoppia il rischio di lasciare il trattamento. In conclusione, lo studio VEdeTTE ha evidenziato l'importanza della durata del trattamento nel prevenire la morte. Rispetto alla capacità di mantenere in carico il paziente, i trattamenti presentano invece ampie differenze. I trattamenti di mantenimento con metadone (in particolare se con dosi superiori a 60 mg al giorno e integrati da un supporto psicosociale o da una psicoterapia), rivelano la massima capacità di mantenere in trattamento. La comunità terapeutica è risultata poco inferiore al mantenimento con metadone nella ritenzione, almeno per quanto riguarda i nuovi utenti, mentre tutti gli altri trattamenti, hanno mostrato una minore capacità di ritenzione.